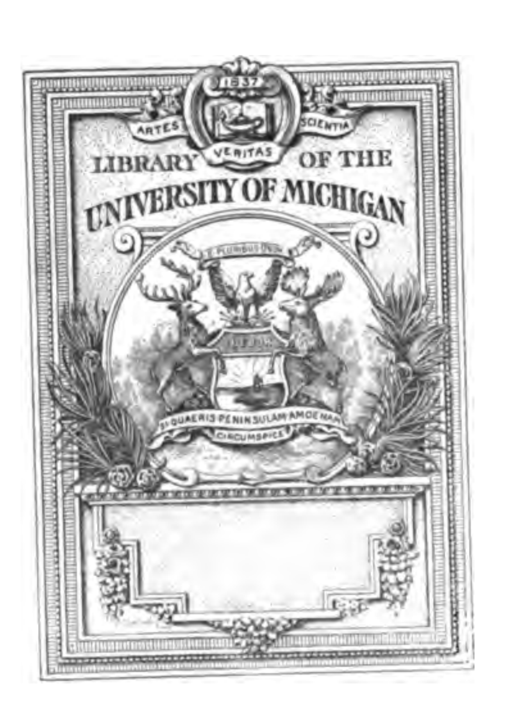
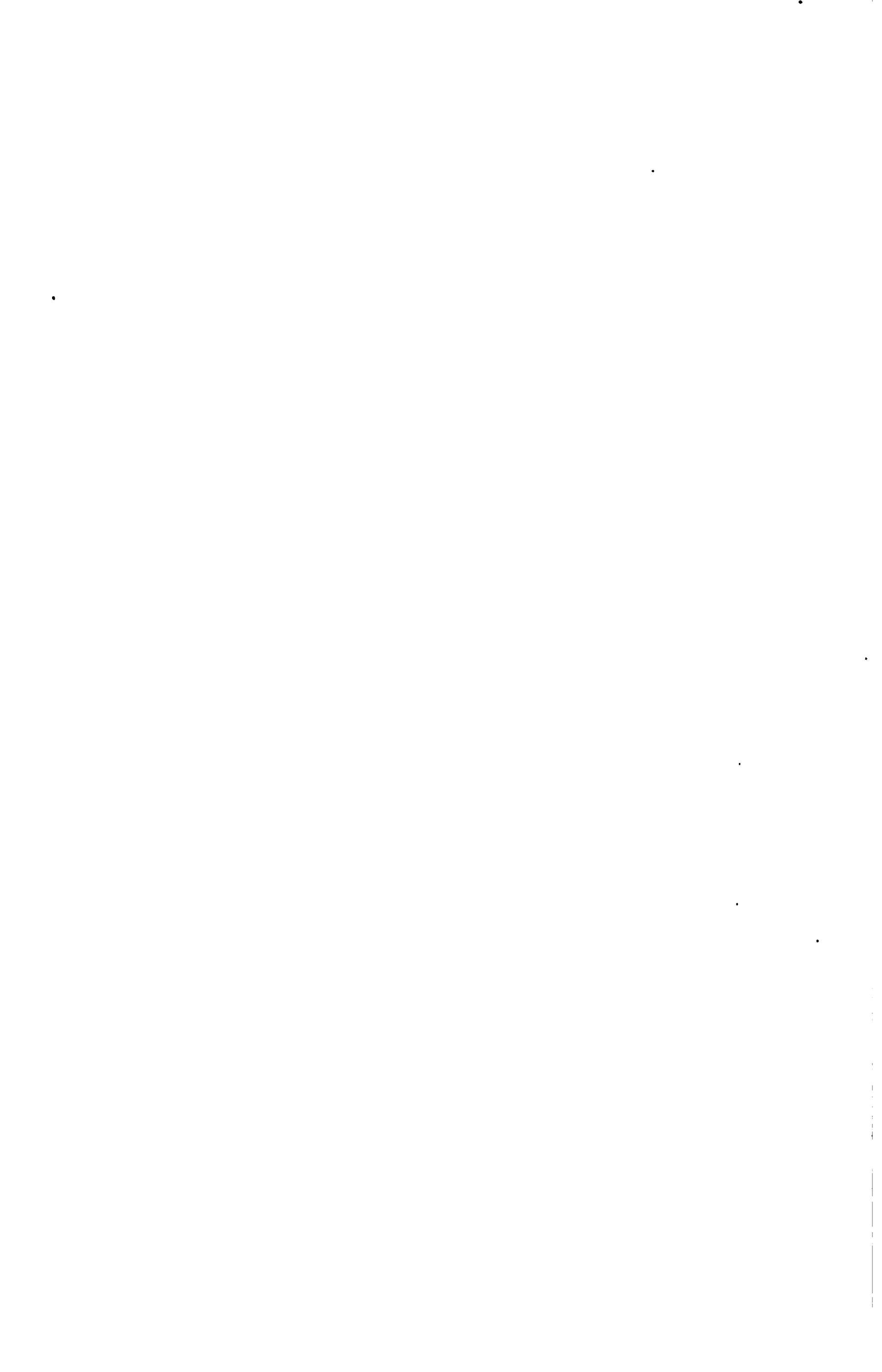

A 3 9015 00382 683 4
University of Michigan - BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Flemming und **Roller**

durch

Heinrich Laehr.

Neunundzwanzigster Band.

Mit 1 Tafel u. 1 Abbild.

Berlin.

Druck und Verlag von Georg Reimer.

1873.

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Zweites Heft.

Originalien.

Kleinere Mittheilungen.

Drittes Heft.

Originalien.

Zur Casuistik.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mittheilungen.

Viertes Heft.

Originalien.

Literatur.

Fünftes Heft.

Originalien.

Kleinere Mittheilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.

Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Pyromanie.

Von

Dr. **Fr. Meschede,**

zweitem Arzte der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt und des Landkrankenhauses zu Schwetz.

> „Il y a donc, dans les anomalies morbides de la volonté deux conditions à distinguer: la première, l'hémisphérique, intérieure, abstraite, psychique, morale, comme vous voudrez l'appeler; l'autre, incitante, actuelle, musculaire apparente dans ses résultats."
>
> Guislain, Leçons orales II. 170.

I. Begriffsbestimmung und bisher vorwiegend forensische Behandlung der Pyromanie. Ontologische Auffassung derselben, entstanden auf dem Wege psychologischer Abstraction und aus Mangel klinischer Beobachtungen in einseitig dialektischer Weise weiter entwickelt. Berechtigung der symptomatologischen Auffassung und des pathologisch-anatomischen Standpunktes.

Die Pyromanie hat gegenwärtig zwar aufgehört, eine im eminenten Sinne brennende Frage der Medicina forensis darzustellen: der polemische Eifer, die Phrase und fast leidenschaftliche Emphase, welche sich eine Zeit lang in einer für die wissenschaftliche Behandlung dieser Frage nur wenig fördersamen Weise geltend zu machen gewusst hat, scheint einer unbefangeneren und kühleren Betrachtungsweise Platz gemacht zu haben; gleichwohl dürfte die Frage über Sein oder Nichtsein der Pyromanie keineswegs als endgültig erledigt, eine eingehendere Beantwortung derselben vielmehr auch noch

heutigen Tages als ein Problem der Phychonosogie zu betrachten sein.

Aus Mangel an eigentlich pathologischen Thatsachen ist der Streit bis jetzt vorwiegend mit psychologischen Abstractionen geführt worden.

In foro zuerst aufgeworfen [1]) hat die Pyromanie-Frage ebendaselbst ihre weitere Entwicklung und Verarbeitung gefunden: die Geschichte der Pyromanie ist wesentlich eine forensische geblieben. Zu einer eingehenderen, wirklich klinischen Bearbeitung derselben ist bisher so gut wie gar keine Gelegenheit geboten gewesen, noch weniger zu pathologisch-anatomischen Untersuchungen, zu Studien über die etwa vorhandenen organischen Grundlagen.

Alle bis jetzt in der Literatur vorliegenden Mittheilungen über Fälle von Pyromanie beziehen sich nach Maassgabe des forensischen Zweckes fast ausnahmslos auf sehr beschränkte Phasen des Lebens der Inculpaten und concentriren sich meist in Gutachten, deren ausgesprochene, lediglich auf die Beantwortung der Zurechnungsfähigkeits-Frage zugespitzte forensische Tendenz es mit sich bringt, dass die eigentlich pathologische und pathologisch-physiologische Seite der Pyromanie erst in zweiter oder dritter Linie und überhaupt nur da Berücksichtigung findet und finden kann, wo sie sich gewissermaassen von selbst aufdrängt. Aber auch abgesehen davon, dass derartige, forensische Gutachten deshalb schon an und für sich nach Form und Inhalt für die Pathologie der Pyromanie wenig fördersam erscheinen, tritt uns auch in einzelnen solcher Gutachten, ein durch blendende Darstellung und dialektische Phrasen nur unzureichend verdeckter Mangel wirklichen Sachverständnisses entgegen [2]). Hierzu kommt noch

---

[1]) Vgl. *W. Jessen*, Die Brandstiftung in Affecten und Geistesstörungen. Kiel 1860. S. 20, 26 u. ff.

[2]) Vgl. *W. Jessen*'s Bemerkungen über den bekannten, von *Meyn* begutachteten (*Henke*'s Zeitschrift Bd. 22. S. 458) von *Marc* (Geisteskrankh. Bd. 2. S. 235) abgedruckten und vielfach, u. A. auch von *Ideler* und *Leubuscher* citirten Fall, den *Ehlert K.* betreffend: „Ueberraschend ist in diesem Falle die gänzliche Unrichtigkeit des ärztlichen Endurtheils, aber noch mehr zu verwundern ist, dass *Marc* diesen Fall als Beispiel einer strengen medicinisch-gerichtlichen Untersuchung aufstellt" (*Jessen* l. c. S. 173).

die Schwierigkeit einer retrospectiven Würdigung der Antecedentien, da die von unwissenden oder befangenen Laien gegebenen Notizen in den meisten Fällen nur ein unvollständiges und lückenhaftes, die pseudosachverständigen Berichte aber zuweilen ein in Folge falscher Beleuchtung unrichtiges und verzerrtes Bild des fraglichen Seelenzustandes liefern. Die Aufregungen, in welche der Inculpat durch die Haft und das gesammte Inquisitionsverfahren versetzt wird, das sogenannte Gefängnissfieber, der oft unlösbare Widerspruch in den Aussagen und Geständnissen, die Möglichkeit des „Hineinverhörens" einer — und der Simulation anderer Seits, sind fernere Momente, welche die Resultate der forensischen Explorationen zu trüben und damit die Grundlagen für eine sachgemässe Würdigung der hierbei in Betracht kommenden pathologischen Processe mehr oder weniger illusorisch zu machen geeignet sind.

Mit dem Verdicte des Richters findet dann aber gewöhnlich die Geschichte des Falles ihren Abschluss: mit dem forensischen Interesse erlischt in der Regel zugleich auch das ärztliche, diagnostische; der Fall verschwindet von der Tagesordnung und fällt der Vergessenheit anheim. Der Inculpat selbst tritt von der Arena des öffentlichen Lebens ab, wandert in ein Gefängniss oder Correctionshaus, oder aber als Freigesprochener in eine Kranken- oder „Bewahr-Anstalt," seltener wieder in den Kreis seiner Familie oder Dorfsgemeinde zurück. In seiner Detention nicht allein den äusseren Anreizungen und Gelegenheiten zu ungebundener Entfaltung seiner schädlichen Triebe fast ganz entrückt, sondern überhaupt in seinem ganzen Wesen eingeengt und des zur vollen Entwicklung und Bethätigung seiner individuellen Charaktereigenthümlichkeiten nöthigen Spielraums entbehrend, pflegt derselbe dann auch im monotonen Ablaufe seines Lebens in jahrelanger Abgeschlossenheit mehr und mehr von seiner charakteristischen Eigenart und geistigen Regsamkeit einzubüssen, allmälig einer stumpfsinnigen Apathie anheimzufallen und zu keinen besonderen Bemerkungen Veranlassung zu geben. Aber auch selbst dann, wenn dieses letztere wirklich der Fall ist, pflegen derartige bemerkenswerthe Beobachtungen theils aus Mangel eines unmittelbaren Interesses, theils, weil die nöthigen Anknüpfungspunkte schon

weit in der Vergangenheit zurück liegen, unbenutzt im Strome der Zeit verloren zu gehen.

Weil man bei Entscheidung der Frage nach der psychischen Freiheit oder Unfreiheit in den einzelnen forensischen Fällen von Pyromanie genöthigt gewesen ist, die Hauptgründe fast ausschliesslich aus einer Analyse der psychologischen Thatsachen und der Erwägung aller die incriminirte Brandstiftung begleitenden äusseren Umstände zu entnehmen — so hat man sich allmählich daran gewöhnt, nicht allein in den concreten Einzelfällen, sondern auch bei der wissenschaftlichen Erörterung der Pyromanie im Allgemeinen von dem eigentlich pathologischen und klinischen Standpunkte ganz abzusehen — und ich glaube nicht zu irren, wenn ich annehme, dass manchem Leser schon die Ueberschrift dieser Arbeit, in welcher nicht allein von einer Pathologie sondern sogar auch von einer pathologischen Anatomie der Pyromanie die Rede ist, recht befremdlich erschienen sein wird. Natürlich wird dieses besonders bei denjenigen Autoren der Fall sein müssen, welche behaupten, die Pyromaniefrage sei längst erledigt und die Pyromanie Nichts weiter als ein Gespenst. Man wird aber doch dessbalb, weil zu einer Erörterung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse bei dieser Art von psychischer Anomalie so gut wie gar keine Gelegenheit gewesen ist, — eine solche Erörterung überhaupt nicht von Vornherein perhorresziren dürfen. Vielmehr wird gerade von den Gegnern der Pyromanie die Berechtigung zu einer solchen Erörterung um so eher zugegeben werden müssen, als ja gerade die pathologisch-anatomische Forschung die sicherste Garantie gegen speculativ-rationalistische Verirrungen gewährt; und als es in letzter Instanz doch immer das Gebiet der pathologischen Anatomie sein wird, auf welchem es sich zeigen muss, ob die Pyromanie wirklich ein Phänomen krankhafter Vorgänge ist und als solches organischen Grund und Boden hat — oder ob dieselbe in der That nur ein Hirngespinnst ist.

Vom unbefangenen Standpunkte aus muss es gerade im Gegentheil viel mehr befremdlich erscheinen, die Pyromaniefrage abseiten der Pathologie und pathologischen

Anatomie entscheiden und auf einem Gebiete zum Austrag bringen zu wollen, in welchem zwar der fruchtbarste Boden zu abstracten Speculationen und recht eigentlich zu Hirngespinnsten gegeben ist, auf welchem aber die zur Lösung dieser Frage der Pathologie nöthigen Voraussetzungen, nämlich eine eingehendere Kenntniss der begleitenden organischen Veränderungen und Beziehungen, vermisst werden; es muss in der That befremdlich erscheinen, bei der Pyromanie die für alle anderen Krankheitszustände als einzig richtig anerkannte und maassgebende Methode nämlich die klinische Beobachtung und pathologisch-anatomische Untersuchung perhorresziren zu wollen; denn, um es zu wiederholen: die Dürftigkeit der bisher auf diesem Wege gewonnenen Resultate oder vielmehr die Seltenheit resp. der gänzliche Mangel der Gelegenheit, diesen Weg zu betreten, ist doch kein genügender Grund, von dieser Methode überhaupt zu abstrahiren, muss vielmehr gerade um so mehr dazu auffordern, jede sich uns darbietende Gelegenheit zur Sammlung von pathologischem und pathologisch-anatomischem Material möglichst sorgfältig zu benutzen.

Auch für den als Sachverständigen in foro zugezogenen Gerichtsarzt wird die Haupt-Vorfrage, das eigentliche Punctum saliens, ganz allgemein formulirt, immer die Frage sein: Ist Krankheit vorhanden oder nicht? — und wenn der Gerichtsarzt in den einzelnen Fällen auch einer psychologischen Analyse und einer umsichtigen Würdigung aller äusseren Umstände durchaus nicht wird entrathen können, ja sogar für die meisten Fälle sich darauf angewiesen sieht, aus ihnen allein oder vorzugsweise seine Gründe und Kriterien zu schöpfen — so wird man sich doch immer gegenwärtig halten müssen, dass nicht sowohl die Seelenbethätigungen in abstracto, als vielmehr der menschliche Organismus als solcher mit seinen somatischen und psychischen Lebens-Erscheinungen und deren Störungen das eigentliche und einzige berechtigte Gebiet seiner ärztlichen Sachverständigkeit darstellt.

Um zu keinem Missverständnisse Anlass zu geben, will

ich hier gleich von Vornherein bemerken, dass ich mit der Bezeichnung Pyromanie keineswegs einen die Frage präjudicirenden ontologischen Sinn verknüpfe, also unter Pyromanie keine besondere Krankheits-Entität oder Individualität, keine sogenannte Monomanie, verstehe, sondern damit lediglich und ohne weiteres Präjudiz den als Symptom bei gewisssen geisteskranken Zuständen, resp. Hirnkrankheiten, beobachteten, prägnant hervortretenden Trieb Feuer anzulegen, bezeichnet wissen will.

Die ontologische Auffassung der Pyromanie, wie sie sich, im Grunde auf einem pathologischen Missverständnisse beruhend, unter dem Einflusse theoretischer Betrachtungen allmälig systematisch entwickelt hat, ist durch ihre praktische Verwerthung Seitens pseudosachverständiger Gerichtsärzte in einzelnen Fällen die Quelle von Missgriffen gewesen und hat dadurch jene scharfe Polemik [1]) herausgefordert, die bis zu einem gewissen Grade berechtigt war, aber ihrerseits wieder über das Ziel hinausschoss indem sie die Thatsache der Pyromanie und ähnlicher krankhafter Triebe schlechtweg läugnete.

Indem sich dann auch Laien berufen fühlten, an dem Streite Theil zu nehmen, musste die Debatte noch mehr ihr wissenschaftliches Gepräge verlieren, da der Mangel sachlicher Gründe bekanntlich am leichtesten durch persönliche und invective Redewendungen ersetzt zu werden pflegt. —

Erst dann, wenn wir die näheren organischen Bedingungen kennen gelernt haben werden, welche der symptomatischen, durch die begleitenden anderweitigen psychischen Störungen als unzweifelhaft krankhaft charakterisirten Pyromanie zu Grunde liegen, — wird man an die Beantwortung der Frage gehen dürfen, ob es auch eine idiopathische Form derselben gebe, d. h. ob dieselbe als einziges Symptom einer Geisteskrankheit vorkommen könne. Bis jetzt ist diese Frage noch eine offene. Vom praktischen Gesichtspunkte wird man daher festhalten müssen, dass das

---

[1]) Vgl. u. A. *Leubuscher*, Ueber Abulie. Zeitschrift für Psychiatrie IV. Band.

Vorkommen der Pyromanie in dem eben definirten Sinne des strengen Nachweises noch entbehrt, mindestens sehr problematisch ist. Ja man wird sogar nicht zu weit gehen, wenn man behauptet, dass in den Fällen von Pyromanie, die wirklich auf pathologischen Processen des Organismus beruhen, sich auch immer noch andere Symptome krankhafter Störungen auf dem Gebiete des Seelenlebens nachweisen lassen, wobei allerdings betont werden muss, dass für diese Verhältnisse nur eine Untersuchung und Beurtheilung Seitens wirklicher Sachverständiger massgebend sein kann. *Guislain* hat zwar geglaubt, eine solche idiopathische Form annehmen zu müssen, indess nicht umhin gekonnt, ihr Vorkommen als ein äusserst seltenes zu bezeichnen: „Rarement, très-rarement, cette folie [pyrofolie] constitue une aliénation partielle; elle est généralement associée à d'autres éléments pathologiques.“ (Leçons orales I. p. 259).

Willers Jessen hat das in verschiedenen criminalistischen und medicinischen Zeitschriften, meist in Form von Gutachten, niedergelegte Material über Pyromanie gesammelt, in einer besonderen Broschüre übersichtlich gruppirt und kritisch erläutert und sich dadurch das Verdienst erworben, den Streit, der sich mehr und mehr zu einer bodenlosen Dialektik zu gestalten drohte, wieder auf den Boden der Thatsachen zurückgeführt zu haben. Die von ihm im Jahre 1860 herausgegebene Monographie bietet in der That eine ziemlich vollständige Sammlung des bis dahin vorliegenden Materials und als solche eine werthvolle Casuistik für den zu analogen forensischen Begutachtungen berufenen Gerichtsarzt. Es sind darin im Ganzen an 100 Fälle von Brandstiftungen der verschiedensten Art mitgetheilt, zum bei Weitem grössten Theile sogenannte zweifelhafte in Bezug auf die Zurechnungsfähigkeit, die zur gerichtsärztlichen Gemüthszustands-Untersuchung und Begutachtung Veranlassung gegeben.

So dankenswerth nun diese Sammlung auch ist, und so viel Interesse die an die einzelnen Mittheilungen geknüpften kritischen Bemerkungen auch darbieten, so sind die mitgetheilten Beobachtungen doch, an und für sich, wie schon oben angedeutet, insofern mangelhaft als die Geschichte des ein-

zelnen Falles in der Regel nur eine sehr beschränkte Epoche des Lebens des Inculpaten umfasst, mit dem Urtelspruche abschliesst und der weitere Verlauf des Falles unbekannt bleibt. Nur in einigen wenigen Fällen haben nähere Mittheilungen über die weitere Geschichte des Falles, resp. über die weitere Entwicklung der psychischen Alienation beigefügt werden können. Resultate der Autopsie aber liegen m. W. für keinen einzigen Fall vor.

Auch sonst ist mir in der Literatur kein Fall von ausgesprochenem Brandstiftungstriebe[1]) bekannt, in welchem ein Obductionsbefund mitgetheilt worden wäre.

Ich glaube daher veraussetzen zu dürfen, dass die Mittheilung des weiteren Verlaufs und des pathologisch-anatomischen Befundes eines Falles von ausgeprägtem, auf epileptischer Basis beruhenden Brandstiftungstriebe, der im Jahre 1860 zur Autopsie gelangte, willkommen sein werde, selbst für den Fall, dass aus demselben sich nicht sogleich bestimmte Aufschlüsse ergeben sollten. In der Hoffnung, dass sich im Laufe der Zeit durch eigene oder fremde Beobachtungen ähnlicher Art das Material vielleicht vermehren werde, habe ich bisher mit der Veröffentlichung noch gezögert; da nun aber seitdem bereits mehr als neun Jahre verflossen sind, so habe ich geglaubt, dieselbe nicht länger hinausschieben zu dürfen.

II. Krankheitsgeschichte und Sectionsbefund eines Falles von Pyromanie.

Der in Rede stehende Fall ist derselbe, über welchen bereits ein ausführliches Gutachten von Prof. *Ludw. Meyer* vorliegt, erstattet am 28 Mai 1856 und vervollständigt durch einen

---

[1]) In einem von Dr. *M. Fraenkel* kürzlich mitgetheilten Falle von Brandstiftung und Mord Seitens einer Wahnsinnigen liegt zwar ein Obductionsbericht vor; indess dürfte dieser Fall wohl nicht eigentlich als Pyromanie zu bezeichnen sein, da in demselben die Brandstiftung durch bestimmte Wahnideen motivirt erscheint; auch ist, wie Hr. Verf. selbst bemerkt, der Sectionsbefund für die Pathogenese nicht zu verwerthen. Zeitschrift f. Psychiatrie 1869. Bd. 26 S. 551.

Nachtrag vom 21. December 1856, abgedruckt im XIV. Bande dieser Zeitschrift, Jahrgang 1857, S. 227—257 [1]). Er betrifft die am 11. April 1856 in die Irren-Anstalt Schwetz aufgenommene und am 10. November 1860 in derselben verstorbene epileptische Geisteskranke, Namens Natalie X. aus G. Die Beobachtung dieser Kranken Seitens des Herrn Dr. *L. Meyer* reicht bis gegen Ende Mai 1857, und sind die Ergebnisse derselben in dem eben citirten Gutachten niedergelegt. Meine eigene Beobachtung der Natalie X., deren Resultate in Nachstehendem mitgetheilt werden sollen, datirt vom 7. Juli 1857 und reicht bis zu dem am 10. November 1860 erfolgten Tode der Patientin.

In dem ebenerwähnten Gutachten ist die Anamnese und die Geschichte des Falles in ihren ersten Phasen ausführlich mitgetheilt und namentlich der damals zu beobachtende Zustand der Kranken anschaulich geschildert; ich glaube daher unter Hinweisung auf diese Schilderung mich bezüglich der Antecedentien darauf beschränken zu können, nur eine kurze, die Hauptdata der Krankheitsgeschichte hervorhebende Skizze zu geben. Nur in Bezug auf einzelne Punkte der Anamnese scheint es mir zweckmässig, zur Ergänzung der von *L. Meyer* gegebenen Notizen resp. zur genaueren Präcisirung derselben, die Resultate der über die Krankheitsgeschichte damals angestellten Erhebungen ausführlicher und wo möglich wörtlich nach den vorliegenden Protokollen mitzutheilen.

Da die Kenntniss der ersten Anfänge des Krankheitsprocesses, die oft die Causa movens für das ganze Heer der nachfolgenden Erscheinungen darstellen, für die Auffassung des Gesammtprocesses und die Würdigung der späteren Symptome von grosser Wichtigkeit ist, so möge es mir gestattet sein, die hierüber in dem *Meyer*'schen Gutachten enthaltene Angabe zu citiren und demnächst auch die von dem Vater der betreffenden Kranken hierüber gegebenen Mittheilungen wörtlich nach dem mir vorliegenden Protokoll der Verhandlung vom 27. April 1856 folgen zu lassen.

In dem Gutachten von *Ludwig Meyer* heisst es loc. cit. S. 233:

---

[1]) Ein Auszug dieses Gutachtens findet sich bei *W. Jessen* l. c. S. 327.

„Nach einem krampfartigen Husten stellten sich im Anfange des vierten Lebensjahres bei der Natalie X. epileptische Krämpfe ein und zwar vorzugsweise des Nachts. Im Jahre 1850, also nachdem die Epilepsie 3 Jahre bestanden hatte, setzten die Krämpfe über ein Jahr lang aus, kehrten indess nach dieser Zeit wieder, nahmen allmälig an Heftigkeit und Häufigkeit zu und stellten sich wie früher vorzugsweise des Nachts ein.“ —

Der Vater der Kranken deponirte in der protokollirten Verhandlung vom 27. April 1856:

„Meine Tochter Natalie, welche im September d J. (1856) das 13. Jahr erreicht, ist das zweite Kind aus unserer Ehe. Diese Tochter war bis zum dritten Jahre ganz gesund, als eines Tages das Kind im Hausflur sitzend, durch ein Zucken [1]), scheinbar vom Magen ausgehend, befallen wurde Diese Anfälle stellten sich öfters ein und behandelte der Militärunterarzt *Stürmer* das Kind, welches allmählich dieses Zucken verlor und wohl über Jahr und Tag nicht wieder davon befallen wurde. Nach jener Zeit stellten sich die Krämpfe wieder, aber vorzugsweise des Nachts ein.“ —

Er erzählt nun weiter, dass seine Tochter Natalie „damals“ nämlich im Jahre 1850 an der Lungen-Entzündung krank

---

[1]) Wie es scheint ist dieses in dem Protokoll undeutlich geschriebene Wort (in welchem das Z einem H und das etwas absonderlich geformte ck einem st sehr ähnlich sieht) später für Husten gelesen und so auch wohl von *Meyer* angenommen worden, dass die Natalie X. damals in ihrem dritten Lebensjahre an „Krampf- oder Keuchhusten“ gelitten habe und erst später von epileptischen Krämpfen heimgesucht worden sei; denn es erfolgte vier Tage später (1. Mai 1856) die Vernehmung des erwähnten Militärarztes *Stürmer* darüber, ob die Natalie X. damals an Keuchhusten gelitten habe. Derselbe bekundete nun aber Folgendes: „Dass ich die Natalie X. an Keuchhusten behandelt habe, vermag ich mich nicht mehr mit Bestimmtheit zu erinnern. Dagegen ist mir bekannt, dass die Natalie X. an Epilepsie und zwar meist Nachts gelitten haben soll“ und weiterhin „Soviel mir erinnerlich, habe ich vor dem Jahre 1850 der Natalie Axt etwas gegen Epilepsie verschrieben.“ Es geht nun aber sowohl aus der vorstehenden Aussage, als auch aus dem ganzen Zusammenhange und der Construction der vom Vater zu Protokoll gegebenen Mittheilungen deutlich hervor, dass es nicht Hustenanfälle, sondern Zuckungen gewesen sind, welche bei dem im Hausflur sitzenden Kinde im dritten Lebensjahre desselben beobachtet worden; dass diese bei der Natalie beobachteten Zuckungen aber wirklich schon im dritten Lebensjahre derselben eingetreten sind, geht aus der weiteren Mittheilung des Vaters, dass sich später die Krämpfe bei seiner Tochter „**wie damals im dritten Jahre**“ eingestellt hätten, unzweifelhaft hervor.

darniedergelegen und von dem damals zur Behandlung zugezogenen Arzte Dr. *B.* auch Pulver gegen die Krampfanfälle bekommen habe und fährt dann fort:

„In Folge dieser Pulver blieben die Krämpfe über ein Jahr weg, und fanden sich dann die Krämpfe bei meiner Tochter wie damals im dritten Jahre ein, nahmen allmählich zu und zwar meist des Nachts Die Anwesenheit des Dr. *B.* wird in das Jahr 1850 fallen. Vorher schon hatte ich auch den verstorbenen Dr. *D.*, den Kreisphysikus *N.* zu Rathe gezogen". ... „Im vorigen Jahre (1855) hatte meine Frau sich an *Radke* in Gr. Taschau gewendet und dieser angegeben, das Kind sei von bösen Leuten besprochen und gerathen, dasselbe mit geweihtem Wein, vom Zeh bis zum Scheitel, zu waschen, gab ihm auch etwas zu brechen ein, in Folge dessen die Krämpfe einige Zeit ausblieben, später sich aber wieder einstellten und dann eine Geistesabwesenheit am Tage sich nach den Nächten, in welchen sie nicht geschlafen hatte, zeigte. Seit etwa einem Jahre und zwar nach der Kur durch *Radke* wurde eine gewisse Neigung zum Schabernack bemerkbar, so unternahm sie eines Tages: meinem Pferde im Stall mit einem Schlachtmesser einen Stich in die Köthe und einen Stich in die Lungen beizubringen; ein anderes Mal hatte sie sich selbst mit einem Schlachtmesser mehrere Schnitte in den Hals beigebracht; wieder ein anderes Mal sich ein ganz neues Kleid von oben nach unten mit einem Messer zerschnitten und sich in der Gegend der Herzgrube verletzt. Sie sagte nach jenen Anlässen, wenn sie gefragt wurde, es lasse ihr keine Ruhe, sie wolle sich das Leben nehmen."

„Ich hielt damals eine Frau zu ihrer Bewachung, der sie entlief. Einmal sperrte ich sie in einen Stall und hatte sich die Natalie unter den Bohlen hinweg unten durch gearbeitet. Wieder ein anderes Mal hatte die Natalie einen bösen Hund, der Niemand an sich heran lässt, von der Hütte los geschnitten."

„Ich selbst habe mit meiner Tochter, wie die Feuer in dem Grundstücke, welches ich zur Miethe bewohne, sich wiederholten, nicht gleich gesprochen; sie hat aber meinem Dienstmädchen ... gleich nach der That Geständnisse mit dem Hinzufügen gemacht, es liesse ihr keine Ruhe, sie müsse das thun, erst längere Zeit nachher hat sie auch mir gegenüber dieselbe Aeusserung gemacht. Als ich in Folge der Ausweisung meiner Tochter aus der Festung dieselbe zu Verwandten in der Stadt gebracht hatte, hat sie dort wiederum andere Kinder zu beschädigen versucht, worüber sich das Attest des Kreisphysikus Dr. *Moriz* in Graudenz ausspricht."

Aus diesem Atteste ist nun Folgendes hervorzuheben:

In der Schule hatte die Natalie X. befriedigende intellectuelle Fähigkeiten gezeigt, gut begriffen, lesen und schreiben gelernt; sie hatte aber daraus entfernt werden

müssen, weil sie den Unterricht störte und Handlungen beging, wie sie vernünftige Kinder nicht auszuführen pflegen. „Der Vater hielt sie für böswillig und bestrafte sie öfter, wenn schon es ihn schmerzte, seine einzige Tochter hart zu behandeln, aber vergebens; sie ertrug Schläge völlig gefühllos und vollführte nach wie vor allerlei Thorheiten.“ „Blieb sie längere Zeit von Krämpfen verschont, so betrug sie sich wie ein anderes verständiges Kind.“

In der ersten Hälfte des Monats März 1856 — also in einem Alter von 12½ Jahren — machte sie drei Mal den Versuch Feuer anzulegen und zwar in einem Stalle ihres Vaters auf der Festung Graudenz, das letzte Mal am 15. März. Um 1 Uhr Mittags kam das Feuer in dem genannten Stalle zum Ausbruch. „Man hatte gesehen, wie die Natalie X. die Thüre des qu. Stalles zugedrückt hatte und in den nebenstehenden unter demselben Dache befindlichen Stall entwischt war.“ Hier suchte sie sich zu verbergen und antwortete auf die Frage, was sie dort wolle: „Ich sehe man zu, wie es hier brennt,“ sie läugnete Anfangs, gestand die That aber später ein.

Nach ihrer Ausweisung aus der Festung wurde sie zu einer Tante in der Stadt Graudenz gebracht. Dort wurde sie Nachts darüber ertappt, wie sie den Kindern ihrer Tante mit einer Haarnadel die Augen ausstechen wollte. Am andern Morgen wurden in der That auf den Augenlidern des c. 1¼ Jahre alten Kindes viele kleine Einstiche bemerkt, die sehr wohl durch eine Haarnadel verursacht sein konnten. Die Natalie X. gestand selbst ein, dass sie mit der Haarnadel den Kindern die Augen habe ausstechen wollen: „sie habe zu demselben Zwecke vorher bereits ein Messer benutzen wollen, das habe die vorsichtige Mutter aber nach ihrem ersten Erwachen weggenommen, eine innere Stimme sage ihr stets, was sie thun solle.“ Bemerkt wird noch, dass die Natalie X. in dieser Zeit häufig die Krämpfe hatte und die Nächte häufig unruhig und schlaflos mit gekreuzten Beinen im Bette sitzend zubrachte.

Ueber eine Seitens des Kreisphysikus *Moriz* am 22. März 1856 vorgenommene Exploration des Gemüthszustandes der Natalie X. wird u. A. Folgendes berichtet:

„Natalie X. ist keine unangenehme Erscheinung. Sie ist dem Alter von 12 Jahren entsprechend entwickelt, wie es scheint etwas übereilt, die Schaam ist bereits mit dünnem kurzen Haarwuchs bedeckt. Ihre Gesichtszüge hatten zur Zeit der Untersuchung am 22 März etwas Steifes, Unbewegliches; während der c. $^3/_4$ Stunden dauernden Exploration verzog sie keine Miene; das dunkle Auge blickte bei stark erweiterter Pupille — das linke wegen krankhafter Verstopfung der Thränenkanälchen in Thränen schwimmend — ruhig, fast theilnahmslos vor sich hin und doch versteckt und unheimlich. Anfangs schwieg sie auf die an sie gerichteten Fragen ganz stille; dann ermahnt zu sprechen, man werde sie nicht strafen, gestand sie, dass sie allerdings das Feuer in dem Stalle ihres Vaters angelegt habe; eine innere Stimme habe sie stets ermahnt solches zu thun; dieselbe Stimme habe sie getrieben, den Kindern ihrer Tante die Augen auszustechen und sie werde es auch thun. Gefragt ob sie irgend eine Veranlassung zu solchen Unthaten habe, ob man sie gereizt u. s. w. schwieg sie still und sprach nur von der inneren Stimme. Zumeist antwortete sie nur auf wiederholtes Befragen Als man ihr sagte, man werde sie solche Handlungen nicht ferner begehen lassen, man werde sie zu bändigen wissen, äusserte sie: „nun, dann werde ich Etwas Anderes anrichten; Etwas muss ich machen.“

Wenige Tage darauf wurde die Natalie X. wieder zu dem Käthner *Radke* in Taschau gebracht, um völlig auscurirt zu werden. Nach einem etwa 14 tägigen Aufenthalte daselbst legte die Natalie wieder Feuer an, in Folge dessen Wohnhaus und Scheune des besagten Käthners niederbrannten.

Diese am 7. April 1856 verübte Brandstiftung war es, welche zur gerichtsärztlichen Begutachtung des Gemüthszustandes der Natalie X. Seitens des Herrn Dr. *L. Meyer* und zur demnächst erfolgten Unterbringung der Brandstifterin in die hiesige Irren-Anstalt Veranlassung gab.

Zwei weitere Brandstiftungen sind von der Natalie X. alsdann noch in der hiesigen Irren-Anstalt verübt worden, nämlich am 17. Juli 1856 um 10 Uhr Vormittags, und am 20. September 1856 Nachts — mithin in einem Alter von $12^5/_6$ resp. 13 Jahren. Die List und Verschlagenheit, welche die Natalie X. hierbei an den Tag gelegt, um ihren Brandstiftungstrieb zu befriedigen, trotzdem sie dem Wartpersonal zur sorgfältigsten Beobachtung empfohlen war, ist ebenso wie die Geschichte der Brandstiftung in Taschau in dem Gutachten von Dr. *L. Meyer* ausführlich geschildert. Auch über das spätere Verhalten der Natalie X. während ihres hiesigen

Aufenthaltes bis Ende 1856 ist ebendaselbst eingehender berichtet; das dort gegebene Bild habe ich in der Hauptsache auch noch während des ersten Jahres meiner auf diejenige des Herrn Dr. *L. Meyer* folgenden Beobachtung als durchaus zutreffend constatiren können.

Indem ich daher auf diese Darstellung, welche mit dem 21. December 1856 abschliesst, Bezug nehme, lasse ich hier gleich die Resultate meiner eigenen Beobachtung vom Juli 1857 bis 10. November 1860 folgen.

Aus diesem c. 3½ Jahre umfassenden Zeitraume kann ich allerdings den bisher erwähnten Beobachtungen von Brandstiftungen der Natalie X. keine neuen hinzufügen und die Zahl der im eigentlichen Sinne des Wortes flagranten Beweise einer bei der N. X. vorhandenen Pyromanie nicht vermehren; indess hat die genannte X. auch während dieser meiner Beobachtungszeit unzweideutige Beweise ihres Gelüstes, sich brennender Gegenstände und Zündhölzchen zu bemächtigen, zu erkennen gegeben. Wie sehr in der That noch am Ende des Jahres 1857 die Gefahr einer Brandstiftung Seitens der Natalie X. nahe lag — trotz der nach zwei vollführten Brandstiftungen natürlicher Weise doppelt eingeschärften und durch besondere Vorrichtungen wirksamer gemachten Ueberwachung, ist aus folgender Thatsache zu ersehen. Da gerade am Weihnachtsabende wegen der gemeinschaftlichen Andacht und der hierauf folgenden Einbescherung der Kranken, einerseits ein grösserer Verkehr zwischen den verschiedenen Abtheilungen stattfindet, andererseits die Thätigkeit und Aufmerksamkeit des Wartpersonals durch die sich häufenden Besorgungen verschiedener Art mehr und vielfältiger als sonst in Anspruch genommen wird, — so liess ich in der Erwägung, dass diese Umstände möglicherweise von der Natalie X. benutzt sein könnten, sich der Beobachtung auf einen Augenblick zu entziehen, noch an demselben Abend eine sorgfältige Durchsuchung der Kleider und des Bettes der Natalie X. vornehmen und der Erfolg dieser prophylaktischen Maassregel, nämlich der Befund von Zündhölzchen, welche die Natalie X. in ihrem Bette versteckt hatte, bestätigte in der That die Richtigkeit der erwähnten Voraussetzung.

Speciellere Krankengeschichte, betreffend die Zeit vom 1. Juli 1857 bis 10. Nov. 1860.

1857.

Im Juli fast täglich epileptische Insulte; nur 11 Tage von epileptischen Anfällen ganz frei. Auch die krampffreien Nächte bringt die Kranke häufig sehr unruhig, laut sprechend, singend und schreiend zu. Am Tage bethätigt sie öfter allerlei Unarten und aggressive Neigungen, schlägt, stösst und kratzt andere Kranke. Einer ganz ruhig im Bette liegenden, an Melancholie leidenden, älteren Dame zerkratzt sie während der ärztlichen Visite die Hand, indem sie den Umstand, dass die Wärterin dem Arzte Bericht erstattet, benutzt, um unbemerkt in's Nebenzimmer zu schlüpfen, Einige Male wurden Symptome geschlechtlicher Aufregung beobachtet, obscöne Manipulationen u. dgl., auch eine Neigung zu äquilibristischen und gymnastischen Uebungen: Pat. steigt z. B. auf einen Zwangsstuhl und balancirt auf der oberen Lehne desselben stehend in aufrechter Haltung. Zahl der im Monat Juli beobachteten epileptischen Anfälle: 50. Dieselben vertheilen sich in folgender Weise [1]) auf 20 Tage:

T.	3.-5.	6.	9.	11.	14.	15.	16.	17.	19.	20	22.	23.	24	25.	26.	27.	28.	30.	31.
A.	1. 2.	2.	3.	3.	1.	4.	2.	2.	5.	4.	1.	5.	1.	4.	1.	1.	4.	3.	1.

August: Fortdauer der geschlechtlichen Aufregung, Neigung zur Masturbation und zur Verübung von allerlei Ungezogenheiten. Pat. stösst eine ganz harmlose Melancholische ohne alle Veranlassung mit dem Fusse, streckt die Zunge heraus und zeigt sich so unartig, dass es zuweilen nothwendig wird, die Pat. auf kurze Zeit zu isoliren. Zu anderen Zeiten erscheint Pat. wieder ganz stupide und apathisch. Am 31. Besuch der Mutter; hiebei beleben sich die sonst ziemlich starren Züge der Pat. einigermaassen. 50 epileptische Anfälle, 19 Krampf-Tage [2]).

T.:	1.	2	4.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	13.	14.	15	17.	18.	22.	24.	25.	26.	30.
A.:	1.	1.	4.	4.	1.	1.	2.	5.	2.	1.	3.	2.	5.	3.	2.	4.	5.	2.	2.

September: Intercurrente Schwerhörigkeit. Häufige unruhige Nächte (12. 14. 19. 20. 24.). Neigung zu Schmutzereien (Pat. bemalt am 23. Sept. Fenster und Wände mit Koth). 46 epileptische Anfälle, 19 Krampf-Tage:

T.:	1.	3.	5	7.	9.	10.	11.	13.	14.	15.	16	18.	22.	23.	24.	26.	27.	28	30.
A.:	5.	4.	1.	4.	2.	1.	4.	3.	1.	3	3.	2	3.	2.	1.	3.	2.	1.	1.

October: 27 Anfälle, 17 Krampf-Tage. Am 1. Nachts von 3 Uhr Morgens ab laut; saugt sich Blut aus den Lippen; am 3. und 4. Nachts laut und unruhig; am 6. Nachts laut, bei Tage Stupor mässig

[1]) Die Zahlen oberhalb der Linie bezeichnen die Monats-Tage, die unterhalb derselben die Zahl der an den entsprechenden Tagen beobachteten Krampfanfälle.

[2]) Als „Krampf-Tage" bezeichne ich der Kürze wegen diejenigen Tage (den Tag zu 24 Stunden gerechnet) an welchen epileptische Krämpfe beobachtet worden sind.

starken Grades; am 7 liegt Pat. zu Bett, klagt über Kopfschmerzen; am 16. bei Tage schwacher epileptischer Anfall ohne völligen Verlust des Bewusstseins; am 24 die ganze Nacht laut, ebenso am 31.

T.:	1.	2.	5	7	11.	13.	15.	16.	17.	18.	19.	21.	22.	23.	25.	26.	31.
A.:	2	2.	3.	1.	2	1.	1.	1.	2.	1.	2.	2.	2.	2.	1.	1.	1.

November: 9 Anfälle, 6 Krampf-Tage:

1. Nov. 1 epileptischer Anfall.
2 - die ganze Nacht laut; desgleichen am 6 — 8 Nov.
10. - 2 epileptische Anfälle.
11. - neckt eine andere bettlägerige Kranke, zieht derselben das Deckbett weg u. dgl. m., erhält das Camisol.
12. - Nachts ruhiger.
13. - Nachts laut, kratzt sich die Nase blutig.
16. - Enuresis nocturna (Krampf-Anfälle nicht beobachtet).
18. - 1 epilept. Anf. — Enuresis nocturna.
20. - 1 - - Otorrhoea dextra. Absonderung sehr übelriechend. Tägliches Ausspritzen mit lauem Wasser.
22. - die ganze Nacht unruhig, reisst ihre Nachtjacke in Stücke, schreit öfters: „Ich sterbe," lässt den Urin unter sich in's Bett. Am Tage häufige krampfhafte Zuckungen der Schulter.
23. - 2 epilept. Anfälle — Nachts wenig geschlafen, küsst die Bettstelle und sich selbst, zerreisst mehrere Kleidungsstücke, erscheint überhaupt verworren und geistesabwesend.
24. - Nachts unruhig.
26. - 2 epilept. Anf. (1 N.[1]), 1 T.) Nachts unruhig.
27. - Nachts laut.
29. - stösst muthwilliger Weise eine Kanne Oel um.

December: Fortdauer des rechtsseitigen Ohrenflusses, Neigung zu allerlei Schabernack. 7 Anfälle, 3 Krampf-Tage:

3. Decbr. 1 epilept. Anf., Nachts darauf sehr unruhig.
11. - Nachts sehr unruhig.
16. - Neigung zu allerlei Schabernack sehr stark hervortretend.
19. - 1 epileptischer Anfall.
21. - die ganze Nacht laut.
22. - 5 epileptische Anfälle.
24 - Im Bette der Kranken finden sich Zündhölzchen versteckt.
26. - Deutliches Hervortreten des Brandstiftungstriebes. Pat. spürt häufig nach Zündhölzchen und anderen zum Anzünden dienenden Gegenständen um-

[1]) N. = Nachts, T. = am Tage.

her; insbesondere sind die Nachtlampe und der Herd der neben dem Krankensaale befindlichen Theeküche fast unausgesetzt Gegenstand der Aufmerksamkeit der Pat.

Im Uebrigen zeigt das Verhalten der Natalie X. keine wesentlichen Abweichungen von demjenigen, wie es von *L. Meyer* für die meiner Beobachtung vorhergehende Zeit geschildert worden ist. Pat. wurde mit Handarbeiten beschäftigt und im Katechismus, Rechnen, Lesen und Schreiben unterrichtet, ohne sie jedoch sehr anzuspannen. Das Rechnen fiel ihr etwas schwer; mit Vorliebe dagegen memorirte und declamirte sie. Bei der ärztlichen Visite pflegte sie häufig in einschmeichelnder Weise die besten Versprechungen ihres Wohlverhaltens zu machen und um die Erlaubniss nachzusuchen, ein auswendig gelerntes Gedicht vorzutragen, oder auch um neue Aufgaben im Rechnen, Lesen und Schreiben zu bitten.

1858.

Januar: 11 epileptische Anfälle, 6 Krampf-Tage.

3. Jan. Nachts unruhig.
11. - Pat. ist bettlägerig, klagt über Schmerzen und Stiche in der Brust.
12. - desgleichen.
13. - klagt über Schmerzen in allen Gliedern.
14. - 1 epilept. Anf., stärker als gewöhnlich, Abends, nachdem Pat. den Tag über viel geschlafen hatte. Stuhlgang retardirt.
15. - 3 epilept. Anf., ungewöhnlich stark (2 Nachts, 1 Morgens).
20. - grosse Lust zu unnützen schabernackischen Streichen, eifriges Suchen nach Zündhölzchen.
21. - 1 epilept. Anfall.
23. - gedunsenes Aussehen, Gesicht und namentlich die Orbitalgegend etwas geschwollen.
25. - Klagen über Kopf- und Brustschmerzen.
27. - epileptischer Stupor mässigen Grades, Neigung zur Masturbation. Pat. liegt zu Bett, lässt Fragen unbeantwortet.
28. - 1 epileptischer Anfall.
29. - 4 epileptische Anfälle (3 N. 1 T.).
30. - 2 desgleichen.
31. - 2 desgleichen (1 N. 1 T.). Nachts sehr unruhig. Nasenbluten.

Februar: 7 Krampf-Tage, 9 Anfälle. Fortdauer und Zunahme der otorrhoischen Absonderung des rechten Ohrs. Tägliches Ausspritzen Trommelfell unversehrt. Intercurrent Klagen über Brustschmerzen ohne physikalische Local-Symptome. Fast allnächtliche Enuresis. Symptome von Cerebral-Congestionen.

4. Febr. grosse Unruhe während der ganzen Nacht.

7. – 8 Febr. desgleichen. Neigung zu allerlei Ungehörigkeiten: Pat. klatscht sich z. B. mit ihren Händen selbst ad posteriora.
12. - starkes Nasenbluten und andere Symptome von Cerebral-Congestion, Kopfschmerz, heisses Gesicht.
13. - Nachts unruhig.
14. - 2 epilept. Anf. (1 N., 1 T.).
16. - 1 desgl. (Nachts), starke Otorrhoe. Solut. Arg. nitr.
17. - 1 desgl. Kopf- und Brustschmerzen.
18. - starkes Nasenbluten.
19. - Blutentziehung durch Schröpfköpfe am Rücken.
22. - 1 epilept. Anfall. Enuresis.
23. - 1 desgleichen. -
25. - 1 desgleichen. -
26. - Klagen über Husten, Kopf-, Hals- und Brustschmerzen.
27. - Morgens unruhig.
28. - 2 epileptische Anfälle (N).

März: Stärkeres Hervortreten der geschlechtlichen Aufregung. 21 Krampf-Tage, 30 epileptische Krampf-Anfälle, öfter als früher am Tage eintretend.

2. März 3 epilept. Anf., Brustschmerzen.
4. 5 6. - je 2 epil. Anf.
6. 7. - je 1 - -
9. 10. 11. - je 2 - -
12. - je 2 - -
} Trieb zu Obscönitäten, Entblössungen u. dgl. m, auch zur Verübung muthwilliger Streiche.
13. - 2 - - neckt ruhige und hülflose Kranke.
17. - 1 epil. Anf, Pat. muss wegen muthwilligen und ausgelassenen Benehmens isolirt werden. Neigung zur Masturbation.
15. - 1 epilept. Anf.
16. - 1 - -
18. - 1 - -
} Pat. wird nach den Krampf-Anfällen sehr unruhig, verhält sich sehr ungezogen, entblösst sich in Gegenwart der Wärterinnen u. dgl. m.
21. - 1 - - (T.).
22. - 1 - - (N.); nach dem Anfalle die ganze Nacht hindurch unruhig.
23. - Nachts unruhig.
26. - 1 epilept. Anf. (T.).
27. - 1 desgleichen (N), nach dem Anf. die ganze Nacht hindurch unruhig.
28. - 1 desgleichen, sehr starker Krampf-Anfall, früh Morgens.
30 - 1 desgleichen.

April: 8 Krampf-Tage, 11 epileptische Anfälle.

1. April 2 epileptische Anfälle.
4. - aufgeregt.

5. April desgleichen, zerreisst aus Muthwillen eine einer anderen Kranken gehörige Mütze.
8. - 2 epileptische Anfälle, Nachts unruhig.
13. - Nachts unruhig.
14. - 1 epileptischer Anfall, Nachts unruhig.
19. - 1 desgleichen.
21. - 1 desgleichen.
24. - Enuresis nocturna.
27. - 1 epilept. Anf., Nachts sehr unruhig. Enuresis.
28. - 2 epilept. Anf., Nachts sehr unruhig.
30. - 2 desgleichen.

Mai: 13 Krampf-Tage, 23 epileptische Anfälle. Ohrenfluss schwächer, Enuresis nocturna noch häufig. Neigung zu muthwilligen Streichen weniger stark hervortretend.

1. Mai 2 epilept. Anf. (N.), nach denselben grosse Unruhe.
7. - 1 epilept. Anf.
8. - 2 - -
11. - 2 - -
18. - 1 - -
20. - 5 - - (N.).
21. - 3 - -
22. - 2 - -
23. - Pat. liegt zu Bett, klagt über Schmerzen in allen Gliedern.
24. - 1 epilept. Anf. mit unwillkührlicher Entleerung der Faeces in's Bett.
25. - Sensorium getrübt; Pat. erscheint sehr verworren.

Juni: 14 Krampf-Tage, 21 Anfälle. Erstes Erscheinen der Regeln am 20. Juni in einem Alter von 14 Jahren und $9^1/_2$ Monaten — ohne bemerkenswerthe Prodromal-Symptome (von dem schon erwähnten Nasenbluten und den Symptomen geschlechtlicher Aufregung abgesehen). Blutabsonderung ziemlich stark.

4. Juni die ganze Nacht unruhig.
5. - 3 epilept. Anf. (N.).
7. - 1 - -
9. - 1 - -
10. - 3 - -
11. - Nachts laut.
12. - 1 epilept. Anf.
15. - 2 - -
16. - 1 - -
19. - 1 - -
20. - erste Menstruation.
24. - 2 epilept. Anf.
26. - 1 - -

27. - 2 epilept. Anf.
28. - 1 - -
29. - 1 - -
30. - 2 - -

Juli: 20 Krampf-Tage, 27 Anfälle.

3. Juli die ganze Nacht hindurch unruhig und schlafstörend.
4. - 1 epilept. Anf.
8. - 2 - -
9. - desgl., Nachts unruhig.
10. - 3 epilept. Anf.
11. - eigensinniges Benehmen
13. - 1 epilept. Anf.
14. - 2 - -
15. - 2 desgleichen.
16. - 2 desgleichen, Pat. die ganze Nacht hindurch lärmend.
17. - 1 epilept. Anf.
18. - 1 desgleichen, Menstruation.
19. - 1 desgleichen, ziemlich starke Blutabsonderung.
20. - 2 epilept. Anf.
21. - 1 - -
24. - 2 - -
25. - 1 - -
26. - 1 desgleichen, Pat. zerbricht die Thüre ihres Bett-Einsatzes.
27. - 1 desgleichen, unruhiges Benehmen.
28. - 2 epilept. Anf.
29. - 1 - -

August: 22 Krampf-Tage, 36 Anfälle.

1. 2. u. 4. Aug. je 2 epilept. Anf.
5. - 1 - -
6. - 1 desgleichen, Pat. trinkt Seifenwasser aus der Waschschüssel.
8. - 1 desgleichen.
9. u. 10. - je 2 epilept. Anf.
11. u. 12. - je 1 - -
14. u. 15. - je 1 desgleichen, Pat. erscheint am 16. Aug. geschlechtlich aufgeregt, der Masturbation verdächtig.
17. - 2 epilept. Anf., Schlafsucht.
18. - 2 desgleichen, Otorrhoe ziemlich stark. Solut. Argent. nitric. äusserlich.
19. - 2 desgleichen, Enuresis nocturna.
20. - 3 desgleichen.
21. - 2 desgleichen, Trieb zur Verübung von allerlei Schabernack zeigt sich wieder stärker (Molim. menstr.).

22. Aug. Eintritt der Menstruation, sehr stark.
23. - 2 epilept. Anf.
24. - 1 - -
25. - 2 - -
28. - 1 - -
30. - 2 - -

September: 20 Krampf-Tage, 31 epileptische Anfälle.

2. u. 3. September 1 epilept. Anf.
4. - 2 - -
5. - 1 - -
7. - 3 - -
9. - Abends aufgeregt, Nachts laut.
11. - 1 epilept. Anf.
12. - 2 - -
14. - Nachts unruhig.
15. - 1 epilept. Anf.
16. - Menstruation.
17. - 1 epilept. Anf.
18. - 1 desgleichen, profuser Menstrualfluss.
19. - 1 desgleichen, erregtes Benehmen.
22. - 3 epilept. Anf.
23. - 2 - -
24. - 3 - -
25. - 1 - -
26. - 3 - -
27. - 1 - -
28. - 1 - -
30. - 1 - -
31. - 1 - -

(22.–31.: Das Verhalten der Pat. erscheint im Allgemeinen besser als früher, ruhiger und gesitteter.)

October: 17 Krampf-Tage, 30 Anfälle. Cessatio mensium.

1. Octobr. 1 epilept Anf.
3. - 2 - -
4. - 1 - -
8. - 2 - -
9. - 1 - -
12. - 1 - -
13. - Nachts Nasenbluten (vicariirende Menstruation),
15. - 3 epilept. Anf.
16. - 3 desgleichen.
17. u. 19. - je 2 desgleichen.
21. - 1 epilept. Anf.
22. - 2 - -
24. - 2 - -
26. - 2 - -

27. u. 28. October 1 epilept. Anf.
29. - 3 epilept. Krampfanfälle.

November: 18 Krampf-Tage, 31 Anfälle.

1. Novbr. 1 epilept. Anf. -- Menstruation.
2. - 3 - -
3. - geschlechtliche Aufregung und Ideen-Verwirrung. Pat. spricht viel vom Heirathen, masturbirt.
4. - 1 epilept. Anf.
6. - 2 - -
9. - 1 - - bohrt Nachts ein grosses Loch in den Bettbezug
10. - 1 desgleichen, erscheint überhaupt wieder öfter ungezogen.
14. - 3 epilept. Anf.
15. - 2 - -
16. - 1 - -
17. - 2 - -
19. - 3 - - die ganze Nacht laut.
23. - 2 - -
24. - 2 - - Nachts sehr unruhig.
26. - 1 - -
27. - 1 - -
29. - 3 - -
30. - 1 - -

December: 5 Krampf-Tage, 7 epileptische Anfälle.

2. Decbr. 1 epilept. Anf, Pat. die ganze Nacht hindurch unruhig, pfeift anhaltend.
4. - 2 - -, Enuresis.
6. - 2 - -
8. - Menstruation.
9. - Klagen über Kopfschmerzen.
22. - 1 epilept. Anf.
23. - 1 - -

1859.

Januar: 4 Krampf-Tage, 5 Anfälle.

7. Jan. 2 epilept. Anf.,
12. - Menstruation.
14. - 1 epilept. Anf.
17. - Kopfschmerzen.
22. - 1 epilept. Anf.
26. - 1 desgleichen.
27. u. 28. Pat. fast die ganze Nacht hindurch unruhig.

Februar: 7 Krampf-Tage, 10 Anfälle, Cessatio mensium.

1. Febr. 1 epilept. Anf.

9. Febr. 1 desgl., Nasenbluten (vicariirende Menstruation).
10. - 3 epilept. Anf. } Verhalten der Pat. ruhig und folgsam.
11. - 1 - - }
13. - Pat. schreibt einen verständigen Brief [1]) an ihre Eltern.
14. - Nachmittags plötzlicher Anfall von Beängstigung (Raptus melancholicus). Derselbe beginnt damit, dass Pat. ihr Brod in kleine Stücke zerbröckelt, die Bröckel zur Erde wirft, alsdann der Wärterin in's Gesicht greift und in eine Art Tobsucht verfällt. Sie tanzt mehrmals in die Runde, lacht und schreit laut auf, spuckt in Einem fort aus, so dass ihre Kleider davon vorn ganz nass werden, bittet dringend, sie nach Hause zu lassen „oder sie müsse einheizen." Zu Bette gebracht, beruhigt sie sich sehr bald, bleibt aber die folgende Nacht schlaflos. Ueber die psychologischen Vorgänge und die Ursachen dieses Raptus macht Pat. keine weiteren Mittheilungen; sie äussert nur, es sei ihr sehr angst und wirr im Kopfe gewesen.
16. - 2 epilept. Anf.
17. - 1 epilept. Anf.
18. u. 19. - je 1 epilept. Anf.

März: 6 Krampf-Tage, 9 Anfälle, Menostasis fortdauernd.

1. März 1 epilept. Anf. (N.).
3. - 2 - - (N.).
4. - 3 - - (2 N., 1 T).
15. - 1 - - (N.).
25. - Pat. zeigt wieder viele Unarten und Unfolgsamkeit.
28. - 1 epilept. Anf. (N.).
29. - Oberflächliche Verbrennung der Haut an dem einen Arm (am Ofen).
30. - } bettlägerig, klagt über allgemeines Unwohlsein. Nasen-
31. - } bluten als vicariirende Menstruation.

---

[1]) Da der Brief ein treues Bild des zu jener Zeit bei der Pat. vorherrschenden Seelenzustandes giebt, so theile ich in Nachstehendem einen Passus des Schreibens wörtlich mit: „Ich werde es meine lieben Eltern und Geschwister ganz fest versprechen, immer schön artig zu sein, dass ich in drei Monat auch wohl schon nach Hause kommen kann. Das ich denn auch wohl recht bald zu Hause werde eingesegnet werden. Und hier habe ich es dem Herrn Direktor und den Herrn Doktor und den Herrn Inspektor und den Herrn Prediger und der Madam Schr. die jetzt hier Oberwärterin ist. Und alle anderen Wärterin, auch ganz fest versprochen, ich werde mein Wort auch ganz stark halten. Und für meiner lieben Mutterchen habe ich zum Geburtstage eine recht schöne Komodendecke angefangen und werde auch einen recht schönen Wunsch schicken."

April: 3 Krampf-Tage, 3 Anfälle. Menostasis fortdauernd. Vom 25. April an: Solut. Kali tart. c. Extract. Taraxaci innerlich.

3. April 1 epilept. Anf. (N.).
10. - 1 desgleichen (T.).
11. - unfolgsames und unartiges Verhalten.
12.—18. - fast allnächtlich Enuresis.
21. - allgemeines Unwohlsein, Schmerzhaftigkeit aller Glieder.
24. - 1 epilept. Anf. (N.) Fortdauer des Unwohlseins.
25. - Nasenbluten (Menstruatio vicaria).

Mai: 9 Krampf-Tage, 12 Anfälle. Menostasis fortdauernd.

6. Mai 2 epilept. Anf. (N.).
7. - 2 - - (N.).
8. - 1 - - (N.).
9. - 2 - - (1 N., 1 T.).
11. - 1 - - (N.).
14. - 1 - - (N.).
15. - Nachts unruhig, schlafstörend durch vieles Lachen.
21. - desgl., schlafstörend durch fortwährendes Klopfen an der Bettstelle.
22. - 1 epilept. Anf. (N.).
28. - 1 - - (T.).
29. - 1 - - (T.).

Juni: 9 Krampf-Tage, 12 epileptische Anfälle (sämmtlich Nachts) Wieder-Eintritt der Menstruation.

2. Juni 1 epilept. Anf.
3. - 2 - -
8. - Eintritt der Menstruation.
9. - 1 epilept. Anf.
14. - 2 - -
19. - 1 - -
20. - 1 - -
22. - 1 - -
23. - 1 - -
29. - 3 - -

Juli: 11 Krampf-Tage, 13 Anfälle (meist Nachts).

T.:	1.	2	4	6.	10	18.	19	24	26	28.	29.
A:	1.	1.	1.	1.	2.	1.	2.	1.	1	1.	1.

Am 9. Juni Menstruation, am 17. vorübergehendes Unwohlsein, am 27. früh Morgens nach dem Frühstück Erbrechen, am 28. Klagen über Kopfschmerzen.

August: 10 Krampf-Tage, 16 Anfälle (sämmtlich Nachts).

T.:	1.	2.	3.	8.	12.	15.	18	19	24	25.	28.
A.:	1.	2.	3.	2.	1.	1.	1	1.	2.	1.	1.

Vom 10.—13. katarrhalisches Unwohlsein, Schnupfen und Husten; am

15. **Menstruation**. Verhalten am Tage im Allgemeinen ruhiger, Nachts ist Pat. meist unruhig und schlafstörend. Sie beschäftigt sich mit weiblichen Handarbeiten, Lesen und Schreiben, schreibt u. A. einen zusammenhängenden Brief an ihre Eltern.

September: 8 Krampf-Tage, 9 Anfälle (sämmtlich Nachts).

T.:	3	4.	9.	10.	15.	18.	24.	30.
A.:	1.	1.	2.	1.	1.	1.	1.	1.

Am 27. **Menstruation**; mehrere Tage vorher erscheint Pat. wieder mehr unruhig, insbesondere Nachts, namentlich am 20. und 24.

October: 7 Krampf-Tage, 10 Anfälle (7 N., 3 T.). **Cessatio mensium.**

T.:	2.	3.	10.	13.	17.	23.	29.
A.:	2.	3.	1.	1.	1.	1.	1.

Am 13. Erbrechen.

November: 9 Krampf-Tage, 11 Anfälle (10 N. 1 T.). **Menstruation** am 5. November.

T.:	1.	8.	9.	11.	13.	16	17.	25.	29.
A.:	2.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	3.	1.

December: 11 Krampf-Tage, 13 Anfälle, (11 N., 2 T.).

T.:	3.	6	7.	8.	9.	12.	18	20.	22.	24.	28.
A.:	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	3.

1860.

In Betreff des weiteren Verlaufs der Seelenstörung der Natalie X. im Jahre 1860 ist im Allgemeinen zu bemerken, dass das Verhalten der p. Natalie sich zwar allmälig ruhiger und ordnungsgemässer gestaltete und der Trieb zur Verübung von unnützen Streichen und gemeingefährlichen Handlungen mehr und mehr zurücktrat; dass gleichzeitig aber auch die geistige Gewecktheit erheblich nachliess und sich an Stelle derselben ein gewisser Grad von Stumpfsinn und Apathie bemerklich machte: ein mässiger Grad von blödsinniger Geistesschwäche, welche zunächst an die öfter eintretenden Perioden epileptischen Stupors anknüpften, aber auch in den mehr freien Zeiten immer deutlicher hervortrat. Die Gesichtsfarbe blieb eine bleiche, der Ernährungszustand ein kaum die mittlere Norm erreichender und insofern ein abnorm mangelhafter, als Pat. im Verhältniss zu der sonst in der Entwicklungs-Epoche zu beobachtenden üppigen Körper-Entwicklung im Wachsthum sichtlich zurückblieb. Sie erreicht im September 1860 ein Alter von 17 Jahren. Die Otorrhoe zeigte sich sehr rebellisch, trotz fortgesetzter localer Behandlung (Injection von Höllensteinlösung) nicht vollständig zu beseitigen. Die Menstruation blieb bis zum Monat September regelmässig. Epileptische Anfälle wurden meist 7 bis 14 in einem Monat beobachtet, wie aus folgender Zusammenstellung zu ersehen ist. Mit seltenen Ausnahmen traten die Krampf-Anfälle zur Nachtzeit ein, die wenigen am Tage beobachteten sind in der Zusammenstellung mit einem * bezeichnet:

Januar:	T.: 2. 5. 9. 15. 16. 21. 22. 29. 30. 31. — in Summa 10 T.
	A.: 1. 2. 2. 2. 1*. 1. 2*. 1. 3. 2. — in Summa 17 A.
Febr.:	T.: 1. 5. 8. 11. 19. 20. 22. 23. 27. — in Summa 9 T.
	A.: 1*. 2. 1. 1. 1. 1*. 1. 2. 1. — in Summa 11 A.
März:	T.: 8. 15. 16. 21. 22. 28. 31. — in Summa 7 T.
	A.: 1. 1. 1. 1. 1. 1*. 1*. — in Summa 8 A.
April:	T.: 8. 11. 17. 18. 20. 23. 25. — in Summa 7 T.
	A.: 1. 2*. 1. 2. 1. 1. 2*. — in Summa 10 A.
Mai:	T.: 1. 2. 3. 11. 12. 15. 19. 20. 22. 29. — in Summa 10 T.
	A.: 1. 1. 3. 1. 1. 1. 2. 2*. 1. 1. — in Summa 14 A.
Juni:	T.: 5. 8. 14. 15. 18. 25. 27. — in Summa 7 T.
	A.: 1. 1. 1. 3. 1. 2. 2. — in Summa 11 A.
Juli:	T.: 3. 8. 9. 10. 13. 18. 22. 23. 24. 28. — in Summa 10 T.
	A.: 1. 1. 1. 1*. 1. 1. 3. 3. 1*. 1. — in Summa 14 T.
Aug.:	T.: 4. 7. 13. 19. 23. 24. 31. — in Summa 7 T.
	A.: 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. — in Summa 7 A.
Sept.:	T.: 2. 7. 8. 12. 17. 18. 19. 20. 21. — in Summa 9 T.
	A.: 1. 1. 1*. 5. 1. 6. 4*. 16. 26*. — in Summa 61 A.

Im September blieben die zuletzt am 8. August eingetretenen Regeln aus.

Nachdem die epileptischen Anfälle bereits am 12. 18. und 19. Septbr. in grösserer Zahl als sonst aufgetreten waren, häuften sie sich am 20. Septbr. in ganz ungewöhnlicher und auffallender Weise: es wurden nämlich an dem genannten Tage 16 Anfälle und in der folgenden Nacht noch 26 Anfälle beobachtet.

Noch häufiger stellten sich die epileptischen Krampf-Anfälle in den folgenden Tagen ein: sie pflegten sich in so schneller Folge an einander zu reihen, dass Ende des einen und Anfang des anderen Anfalls oft schwer zu unterscheiden und somit auch die Anzahl der stattgehabten Anfälle kaum zu eruiren war.

Gleichzeitig mit dieser Häufung von Krampf-Anfällen traten Symptome einer entzündlichen Cerebralreizung in allmälig steigender Intensität in den Vordergrund: ziemlich starkes Fieber, mässig grosse Pulsfrequenz, heisse trockene Haut, fast absoluter Appetitmangel, belegte Zunge, Obstruction, nächtliche Unruhe, leichte Benommenheit des Sensoriums.

Die Krampf-Anfälle waren von sehr kurzer Dauer (etwa $^1/_8$ bis 1 Minute) aber sehr schmerzhaft und gestalteten sich meist in folgender Weise: Pat. richtet sich angstvoll im Bette auf, indem sie dem Gefühl nahender Krampf-Anfälle etwa in folgenden Worten Ausdruck giebt: „Ach wie wird mir, helfen Sie mir doch,“ unmittelbar hierauf erstarren ihre Glieder unter leichtem Zittern, dann sinkt die Kranke wieder auf ihr Lager zurück, einige Male tief Athem holend. Kaum hat sich das Athmen wieder etwas beruhigt, so tritt wieder ein neuer Anfall in der beschriebenen Weise ein und so geht es stundenlang fort.

Unter dem Einflusse dieser in fast ununterbrochener Folge eintretenden Krampf-Anfälle wurde das Sensorium mehr und mehr getrübt; bald traten auch intercurrent sehr confuse Delirien hervor, Visionen und vage Sinnesdelirien. So erzählte Patientin weinend, sie sähe „Thiere, mit denen die Menschen zu thun hätten", z. B. Hühner und ängstige sich deshalb sehr. Nähere Auskunft über diese und ähnliche Phantasmen war von der Kranken nicht zu erlangen; denn gewöhnlich pflegte sofort ein neuer Anfall sich einzustellen, sobald Pat. sich zu einer Mittheilung anschickte; die Aeusserungen derselben blieben daher nur fragmentarisch; auch war es meist schwer die Aufmerksamkeit der häufig soporös daliegenden Patientin zu erwecken und bei einem und demselben Gedanken festzuhalten. Bemerkenswerth war, dass auch der Ohrenfluss wieder stärker wurde und dass am 25. September nach dem Abgange eines Spulwurms ein ganz sichtlicher Nachlass der febrilen und cerebralen Erscheinungen eintrat und die Zahl der Krampf-Anfälle sich verringerte. Indess dauerte diese Remission nur bis zum 28. September. In der Nacht vom 27. zum 28. September erschienen die Krämpfe wieder in grosser Frequenz und setzten auch die folgenden Tage nicht aus.

October: Fortdauer der Krampf-Anfälle in fast unveränderter Intensität und Frequenz, sowohl bei Tage als in der Nacht. Fieber in mässigem Grade fortdauernd und namentlich Abends exacerbirend. Bei anhaltender Appetitlosigkeit allmälig stärkeres Hervortreten von Symptomen einer subacuten Lungen-Tuberkulose. Mit Rücksicht auf den spontanen Abgang eines Spulwurms verordnete Trochisci Santon. ohne Erfolg. Am 14. und 15. October Remission der Fieber- und Cerebral-Erscheinungen: Nachts 14/15. October guter, durch keine Krampf-Anfälle gestörter, Schlaf. Am 17. October neue Exacerbation des gesammten Krankheitsprocesses: Nachts fast ununterbrochen auf einander folgende Krampf-Anfälle, grössere Benommenheit des Sensoriums, zunehmende Prostration der Kräfte, rapide Abmagerung. Fieber mehr und mehr einen continuirlichen und asthenischen Charakter annehmend, unter gleichzeitiger Verschlimmerung der übrigen Krankheitssymptome: gänzliches Darniederliegen der Verdauung, kachektisches Aussehen, fötider Geruch der Absonderung des rechten Gehörganges. Am 20. October bedeutender Verfall der Kräfte: Sprechen und Schlucken schwerfallend. Krämpfe sehr häufig und von grösserer Intensität als früher; subparalytischer Zustand: Rechter Mundwinkel nach rechts verzogen, Erschlaffung der Musculatur der Wangen, convulsivische Zuckungen der Gesichtsmuskeln, Pupillen von mittlerer Dilatation auf beiden Augen, Augenlidränder etwas geröthet, unwillkührlicher Abgang des Urins, Reaction der Haut verringert, wiederholte Einreibungen von Croton-Oel hinter dem Ohre ohne jede Wirkung.

November: Fortschreitende Entkräftung und rapide Abmagerung, heisere Sprache, Schleim-Anhäufung im Kehlkopfe, foetor ex ore, Diphthe-

ritis der Mund- und Wangenschleimhaut, Zunge mit einer grauschmutzigen übelriechenden Masse bedeckt. Remission der Fiebersymptome: Hitze und Durst geringer, Puls ruhiger, weniger frequent, aber sehr klein und schwach. Ablösung diphtheritischer Fetzen von der Schleimhaut der Mundhöhle. Ausgedehnte Infiltration der rechten Lunge.

Zugleich mit dem Nachlass des Fiebers und der Zunahme der Entkräftung wurden auch die Krampfanfälle seltener und das Bewusstsein wieder etwas freier. Pat. erschien im Allgemeinen bei richtigem Bewusstsein, soweit constatirt werden konnte, in keinen Wahn-Ideen oder Illusionen befangen, vielmehr in einem Zustande äusserster Apathie und Erschöpfung, und mässig starker soporöser Betäubung. Krampf-Anfälle wurden beobachtet: am 2. Nov. 3; am 3. Nov. 2; am 4. Nov. 2; am 8. Nov. 1; sämmtlich bei Tage. Der Tod erfolgte unter Zunahme der allgemeinen Entkräftung am 10. Nov. 1860 Vormittags 10 Uhr. —

Autopsie am 12. Nov. 12 Uhr Mittags.

Vorgeschrittene Abmagerung, Haut an der Dorsalseite livid, Bauchdecken blaugrün entfärbt, am linken Ellenbogen eine alte Brand-Narbe.

Schädel asymmetrisch, Cavum cranii links geräumiger als rechts. Gefässfurchen an der inneren Fläche des Schädels, links gleichfalls stärker entwickelt als rechts. Durchmesser des Schädeldachs in der Durchschnitts-Ebene: a) von Vorn nach Hinten 16,78 Cm., b) grösste Breite 13,07 Cm. Auf dem Cliv. Blumenb. befindet sich gleich hinter der Sella turcica ein stark vorragendes Osteophyt in Form einer Crista; Cerebrospinalflüssigkeit vermehrt; insbesondere auch an der Basis in den subarachnoidealen Räumen. Arachnoidea an den Stellen, an welchen sie eine frei ausgespannte Membran bildet, sehr stark getrübt und verdickt; besonders stark ausgebildete Verdickungen befinden sich an den Spitzen der Temporal-Lappen. Die Pia mater erscheint nur mässig blutreich, die Gefässe derselben sind jedoch erweitert, ebenso wie die grösseren Gefässe der Hirnsubstanz. Den Sulcis entsprechend sind in dem Gewebe der weichen Häute graue hirsekorngrosse ziemlich weiche Knötchen vorhanden. Pacchionische Körper nur mässig stark entwickelt. Bei vorsichtiger Präparation lassen sich die weichen Häute ohne Verletzung der Hirnrinde von dieser letzteren abheben.

Die Hirnsubstanz zeigt durchweg eine ungewöhnlich feste und derbe Consistenz; die innerste Schicht der Corticalis erscheint leicht geröthet. Die Seitenventrikel, von normaler Capacität, enthalten klare Flüssigkeit und stark entwickelte, bindegewebs- und gefässreiche Plexus. Die Nervi optici erscheinen auf dem Querdurchschnitt leicht geröthet. Hypophysis und Zirbel von fester Consistenz, im Uebrigen von normaler Beschaffenheit. Pons und Medulla oblongata verhärtet, namentlich die Oliven; die graue Substanz dieser Theile geröthet. Oberfläche der Medulla oblongata nicht pigmentirt. Die Flügel der seitlichen Stränge des Plex. choridei cerebelli (die sog. Plexus Nervi Vagi)

stark entwickelt. Das Cerebellum erscheint auffallend klein, dergestalt, dass die hinteren Lappen des grossen Gehirns über den hinteren Umfang der Hemisphären des kleinen Gehirns sichtlich hervorragen; die Substanz desselben erscheint im Uebrigen ohne bemerkbare Abnormitäten.

Brusthöhle. Rechte Lunge adhärent, mit miliaren Tuberkeln durchsetzt, in der oberen Hälfte apfelgrosse, mit Eiter gefüllte Kavernen. Linke Lunge retrahirt, in geringerem Grade mit Miliartuberkeln durchwachsen. Im Herzen faserstoffige und cruorhaltige Gerinnsel.

Bauchhöhle. Hypertrophische Muscatleber. In der Gallenblase Galle nebst einem kleinen gelblich gefärbten klaren Gallenstein. Milz ohne bemerkenswerthe Anomalien. Nieren blutreich, Katarrh des Nierenbeckens. Uterus sowie dessen Adnexa gefäss- und blutreich. Ovarien gut entwickelt mit zahlreichen Graaf'schen Follikeln, von denen einzelne rostfarbene in der Rückbildung begriffene Massen enthalten.

III. Epikritische Bemerkungen zur Pathologie und pathologischen Anatomie des vorstehend mitgetheilten Falles. Ueber die wissenschaftliche Bezeichnung dieses und analoger Fälle von Pyromanie. Symptome von sog. Moral insanity. Cerebral-Processe während der Entwicklungs-Periode und ihre Bedeutung für die psychische Constitution. Chronische Local-Processe mit acuten Episoden. Bedeutung der Brücke für die psychomotorischen Functionen. Krankhafte Triebe und imperative Hallucinationen. Veränderungen an der Basis cerebri. Stachelförmige Knochenneubildung auf dem Clivus.

Bei vorurtheilsfreier Würdigung der Geschichte dieses Falles wird man zugeben müssen, dass hier wirklich Pyromanie im symptomatologischen Sinne, d. h. ein prägnant hervortretendes krankhaftes Gelüste zum Feueranlegen bestand, oder allgemeiner ausgedrückt, dass auf dem Gebiete der Willensbethätigungen der Natalie X. ein krankhaftes Motiv wirkte, welches dieselbe zur Bethätigung von Zerstörungs- und schädlichen Trieben überhaupt und zum Brandanlegen insbesondere determinirte. Sechs wirklich angelegte Feuer und eine bereits prämeditirte und vorbereitete, wohl nur durch die aussergewöhnliche Vorsicht verhinderte Brandstiftung documentiren dieses hinreichend.

Die nächste sich hierbei aufdrängende Frage, deren all-

gemeinere Beantwortung zugleich ein Desiderat der Pathologie der Geisteskrankheiten bildet, ist die nähere Bestimmung dieses krankhaften Motivs.

In dieser Beziehung befinden wir uns in einem wahren embarras de richesses und zwar ebensowohl bei dem Versuche, der Frage auf symptomatologischem Wege näher zu treten als auch bei der Behandlung derselben vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte.

Was zunächst die symptomatologische, klinische Auffassung des Falles anbetrifft, so ist hervorzuheben, dass derselbe nach allen drei Hauptrichtungen des Seelenlebens erhebliche Anomalien darbietet. Wir begegnen bei der Natalie X. sowohl Störungen auf dem Gebiete der intellectuellen Functionen (Störungen der sinnlichen Wahrnehmung, des Vorstellens: Visionen, Hallucinationen, Anfällen von Stupor) als in der Sphäre des Gemüths und Gefühls (Beängstigungen, Lebensüberdruss, erotische Aufregung, Pica) als endlich auch auf dem Gebiete des Trieblebens, der im Bereiche der in den Handlungen zu Tage tretenden Strebungen und Willens-Impulse (anhaltendem Triebe zu allerlei Schabernack und Ungezogenheiten, insbesondere zur Verletzung hülfloser kleiner Kinder oder Kranker, Neigung zum Balanciren, zur Masturbation). Sobald es sich also darum handelt, der hier beobachteten Seelenstörung ihren richtigen Platz im „System" der Geisteskrankheiten anzuweisen und derselben einen Namen zu geben, wird man sich einer gewissen Verlegenheit nicht entschlagen können und leicht darüber in Zweifel gerathen, welche der drei Kategorien psychischer Anomalien man für die Bezeichnung des Falles nach der Regel a potiori fit denominatio als maassgebend betrachten soll. Es erscheint mir nicht ohne Interesse hier registriren zu können, dass diese Schwierigkeit einen thatsächlichen Ausdruck dadurch gefunden hat, dass in Wirklichkeit von drei namhaften Autoren auch drei verschiedene Benennungen für diesen Fall gewählt worden sind und zwar nach Maassgabe der ebenerwähnten drei Kategorien.

Wie aus dem citirten Gutachten zu ersehen ist hat *Meyer* die Seelenstörung der Natalie X. als erotisch-hysterische

Manie bezeichnen zu müssen geglaubt. Von Dr. *Fr. Hoffmann*, dem damaligen Director der hiesigen Irren-Anstalt finde ich in den Acten die Bezeichnung moral insanity auch Wahnsinn in Folge von Epilepsie gewählt, während *Willers Jessen* denselben Fall im Allgemeinen unter die melancholischen Zustände subsumirt hat, aber auch speciell die Bezeichnung Daemonomania für vollkommen zutreffend hält [1]).

Welche von diesen Benennungen ist nun die richtigste? Erscheint zuerst oder hauptsächlich die Vision oder Halluzination als primum movens und primum agens oder sind diese selbst erst Erzeugnisse der schmerzlichen Verstimmung und des Angstgefühls, sinnliche Gestaltungen gewisser Erregungszustände auf emotiver Grundlage? Oder sind beiderlei Anomalien psychischen Geschehens: Beängstigungen mitsammt visionären und hallucinatorischen Phantasmen erst Folge eines inneren Dranges, Resultanten eines Conflictes verschiedener Bewegungs-Impulse, gewisser Anomalien der organischen und psychischen Strebung und Bewegung? Entsteht das Gelüste und der Drang zur Verübung von Beschädigungen jedesmal und ausschliesslich nur in Folge einer hallucinatorischen Wahrnehmung, nur auf Geheiss der inneren Stimme? Muss man annehmen, dass alle die Verkehrtheiten und Zerstörungen, welche die Natalie begangen, derselben erst vorher durch Stimmen vordictirt und vordecretirt worden seien? oder muss hier ein innerer Drang auch ohne in Worte gekleidete Specialbefehle als wirksam gedacht werden? Prädominirt hier die abnorme Vorstellung oder die Anomalie der Selbst-Empfindung, des Selbstgefühls oder endlich der abnorme unwillkührliche Trieb? Beruht die hier beobachtete „Pyromanie“ auf einem Special-Delirium, auf einem partiellen Wahn oder ist sie mit den übrigen Manifestationen krankhafter Willensbethätigungen, z. B. mit dem Seifenwasser-Trinken, Zerreissen von Kleidungsstücken, Umwerfen von Oelbehältern, sowie mit der Sucht, Kinder und bettlägerige Kranke zu kratzen u. s. w. in dieselbe Kategorie

---

[1]) *W. Jessen* loc. cit. S. 333.

zu stellen? Sind endlich die hier beobachteten psychischen Anomalien aller drei Kategorien, also Visionen und Hallucinationen, die innere Stimme, die Gemüthsdepression, die abnormen Gelüste und Triebe u. s. w. insgesammt mehr weniger gleichwerthige Symptome eines allgemeineren, sowohl die motorische als auch die Sphäre des Gefühls betreffenden, Reizungszustandes auf dem Gebiete des Nervensystems?

Es ist schwer, auf alle diese Fragen sogleich die richtige Antwort zu finden; die Beantwortung derselben wird je nach den verschiedenen psychologischen Anschauungen verschieden ausfallen: wie denn überhaupt in der Wahl der Krankheitsbezeichnung der sogenannten Seelenstörungen viel Willkühr herrscht.

Meiner Ansicht nach ist es aber überhaupt misslich, um nicht zu sagen verfehlt, aus dem Symptomencomplex eines krankhaften Processes beliebig einzelne Phänomene herauszuheben und zu den anderen in das Verhältniss von Ursache und Wirkung zu setzen. Es erscheint mir viel natürlicher, die einzelnen Symptome zunächst als gleichwerthige Effecte eines anomalen organischen Processes aufzufassen; also in erster Linie auf die Organ-Erkrankung das Augenmerk zu richten und hier den Zusammenhang und die gegenseitigen Beziehungen der einzelnen Phänomene zu suchen: denn hier und nicht auf dem Gebiete abstracter Begriffe und ontologischer Speculationen, Personificirungen der Krankheits-Erscheinungen ist das Feld zu suchen, auf welchem die Krankheiterregenden Wirksamkeiten der verschiedenen Sphären sich gegenseitig beeinflussen, bedingen und anregen.

Bei Feststellung der Organ-Erkrankung und des eigentlichen primum movens werden uns aber vor Allem die Pathogenie und etwa vorhandene unzweideutige Symptome eines Leidens der Central-Nerven-Organe als sichere Leitsterne dienen müssen.

Für den vorliegenden Fall ergiebt sich demgemäss, dass man die fragliche psychische Alienation der N. X. am Besten als epileptische Geisteskrankheit bezeichnet; denn offen-

bar bildet die Epilepsie das constanteste und hervorragendste Symptom der bei der Natalie X. bestehenden Erkrankung des Central-Nerven-Systems resp. des bestehenden krankhaften Zustandes. Die Epilepsie ist aber nicht allein das constanteste sondern auch das allererste Krankheits-Symptom; denn nach den wörtlich mitgetheilten Bekundungen des eigenen Vaters ist die Natalie X. bis zu ihrem dritten Lebensjahre ganz gesund gewesen, alsdann aber, also im dritten Lebensjahre, von Zuckungen befallen worden, die öfter wiederkehrend, allmälig vollständig den Charakter epileptischer Krämpfe angenommen haben. Es ist das Gehirn also schon in einer relativ frühen Epoche seiner Entwicklung von einer Erkrankung dauernden Charakters betroffen worden: eine Thatsache die mir für die Auffassung der bei der Natalie X. beobachteten Seelenstörung von der allergrössten Wichtigkeit zu sein scheint.

Dass eine in die Zeit der Hirn-Entfaltung fallende Erkrankung dieses Organs häufig mit folgenschweren Anomalien des Hirnbaues verknüpft zu sein pflegt ist eine genugsam bekannte Thatsache. Die Consequenzen, die sich hieraus auch für die spätere Leistungsfähigkeit des Hirn-Organismus ergeben, lassen sich an der Hand wohlberechtigter Analogien leicht ziehen. Im Allgemeinen kann man wohl sagen, dass den Störungen in der harmonischen Gestaltung des Organs auch Störungen der Function entsprechen müssen! Den Difformitäten und Missverhältnissen, welche die einzelnen Functionscentren und mit specifischen Energien ausgestatteten Apparate an und für sich und in ihren gegenseitigen Beziehungen während der Hirn-Entwicklung erleiden, werden häufig genug analoge Missverhältnisse der Functionen dieser Theile entsprechen, und insofern diese letzteren wieder mit den Manifestationen des Seelenlebens in Connex stehen, werden sie auch den psychischen Störungen ein besonderes Gepräge verleihen. Insbesondere tritt uns bekanntlich ein solches Gepräge als Verschrobenheit des Charakters, Verkehrtheit des ästhetischen und moralischen Gefühls, als anomale Richtung und einseitige Prädominanz gewisser Triebe nicht selten in den Fällen von sogenannter hereditärer Geisteskrankheit entgegen, die häufig

auch anderweitige Difformitäten der Körperbildung wahrnehmen lassen [1]).

Es fragt sich nun, ob der vorstehend mitgetheilte Fall symptomatologisch und anatomisch derartige Verhältnisse darbietet?

Auf symptomatologischem Gebiete ist dieses nun meiner Ansicht nach allerdings der Fall. Eine unbefangene Würdigung der ganzen Geschichte der Krankheit lässt unter den vielerlei psychischen Einzelsymptomen als wichtigstes und bemerkenswerthestes offenbar die fast permanente Lust zur Verübung von Unfug aller Art erkennen: einer Perversität des Gefühls und Gemüths, die mit den zur „moral insanity“ gerechneten Zuständen das gemein hat, dass sie sich auch ohne erhebliche äussere Aufregung und bei sonst verhältnissmässig klarem Verstande geltend macht. Es liegt hier also eine Verkehrtheit des Handelns vor, unabhängig von Störungen des Vorstellens und allgemeiner Tobsucht, meistentheils sogar ohne bemerkbare melancholische [2]) Gemüthsverstimmung.

Ich selbst habe wiederholt beobachtet, wie die Natalie X. bei der ärztlichen Visite den Eindruck vollständiger Gemüthsruhe und ungetrübter Besonnenheit machte, in kindlich heiterer und zutraulicher Weise ihre Arbeiten vorzeigte und neue Aufgaben erbat, — und wie wenige Secunden darauf ein aus dem Nebenzimmer dringender Schmerzensschrei einer anderen Kranken eine von der Natalie X. verübte Bosheit signalisirte (Kratzen oder Kneifen anderer Kranken u. dgl.). So einfach diese Thatsache, so charakteristisch ist sie für die Auffassung der bei der Natalie vorhandenen Seelenstörung. Es verdient Beachtung, dass die Kranke, gegen welche sich die Kratzsucht der Natalie am häufigsten richtete, eine ältere, in tiefer Melancholie und negativem Affect fast lautlos still und ruhig im Bette verharrende Dame war, deren Anblick auf jeden Menschen mit gesunden Herzensregungen den Eindruck mitleidsvoller Theil-

---

[1]) Vgl. *Morel*, Traité des maladies mentales p 520 ff.

[2]) Eine „Gemüthsverstimmung“ im weiteren Sinne des Wortes muss hier wohl allerdings als vorhanden angenommen werden.

nahme machen musste. Ebenso wie dieses Sich-Vergreifen an einer hülflosen Greisin deutet auch die Sucht kleine hülflose Kinder zu verletzen auf eine tiefe Verkehrtheit jener menschlichen Regungen, von denen man nicht weiss, ob man sie mehr dem Gefühl und Gemüth oder den Trieben und Neigungen zurechnen soll, da sie gleichzeitig beiderlei Elemente in sich zu enthalten pflegen: nämlich zugleich mitleidsvolles Erbarmen und den Trieb zur Hülfeleistung. Die Perversität des Gemüths der Natalie X. spricht sich besonders frappant auch darin aus, dass es gerade die Augen der Kinder waren, welche auszustechen oder zu verletzen die Natalie X. den Drang oder das Gelüste in sich verspürte; also gerade Gebilde, deren Anblick, weit entfernt, wilde Leidenschaften und Zerstörungssucht zu erregen, im Gegentheil — für den Menschen mit gesundem Gemüth — etwas Besänftigendes, Sympathie-Erweckendes hat.

Durch den Mangel äusserer Agitation und turbulenter Ideen-Verwirrung, welcher bei den meisten der von der Natalie X. verübten perversen Handlungen zu constatiren war, unterscheidet sich der krankhafte Vorgang wesentlich von den gewöhnlichen, bekanntlich mit furibunder Aufregung einhergehenden vehementen Tobsuchts-Paroxysmen der Epileptiker.

Allerdings sind auch einzelne Anfälle von heftigerer affectiver Erregung, von sog. Raptus melancholicus, Angstzufälle mit Selbstmords- oder Selbstbeschädigungstrieben, ferner Visionen, Halluzinationen und erotische Erregungen vorgekommen; aber man würde wahrlich kein richtiges Bild von dem fraglichen Seelenzustande gewinnen, wollte man über diesen greller hervortretenden Zügen die vorhin angedeutete, tief begründete Alienation der ganzen Gemüths- und Gefühlslage unberücksichtigt lassen, welche gleichsam die Grundfarbe des Gesammtbildes darstellt.

Da die eben genannten Anfälle lediglich als Episoden von verhältnissmässig sehr kurzer Dauer erscheinen, so liegt es nahe, dieselben als acute Steigerungen des habituell bestehenden chronischen Krankheitsprocesses aufzufassen und zwar als Steigerungen eines für gewöhnlich schleichend verlaufenden Processes, sowohl nach Intensität als Extensität.

Es muss dahin gestellt bleiben, ob die in Rede stehenden Perversitäten des Gemüths- und Trieblebens der Natalie X. auf gewissen Missverhältnissen der Hirn-Textur und dadurch bedingten dauernden Verstimmungen und Missklängen des Selbstgefühls beruhen; es lässt sich aber auch nicht verkennen, dass sie zugleich den Charakter von Reizungsphänomenen an sich tragen, dass die anomalen Impulse und Gelüste auf gewissen inneren Reizzuständen beruhen, die allerdings auch negativer Art sein und sich als gewisse vom Organismus empfundene Bedürfnisse geltend machen können. (Vgl. das Kalk-Essen in den Entwicklungsjahren).

Es lässt sich nun denken, dass dieser für gewöhnlich nur das Gebiet des Gefühls- und Trieblebens treffende Reizzustand bei Steigerung der Intensität auf irgend einem Wege auch auf andere Gebiete sich fortpflanzt und projicirt und dass hierdurch jene acuten Episoden bedingt werden: dass z. B. jene plötzlich eintretenden Anfälle von Beängstigung entstehen, wenn die den Blutumlauf und das Athmen regulirenden Lebenscentra betroffen und in dem Ablauf ihrer Functionen gestört und gehemmt werden; dass in analoger Weise durch Miterregung der Organe der sensoriellen und intellectuellen Functionen gewisse motorische Impulse aus dem Dunkel organischer Gefühle heraus ins Bewusstsein treten und hier einerseits die adäquaten Vorstellungen erregen (etwa wie der Hunger sich mit entsprechenden Vorstellungen von Essen und essbaren Gegenständen dem Bewusstsein von selbst aufdrängt, oder wie geschlechtliche Aufregung sexuelle Vorstellungen hervorruft) — andererseits aber auf die sensoriellen Central-Apparate sich projicirend Halluzinationen mit imperativem Charakter erregen, zu den bekannten „befehlenden inneren“ Stimmen sich metamorphosiren. Aehnliches beobachtet man ja häufig genug in gewissen Traumzuständen, bei Chorea magna und verwandten Zuständen.

Die vorstehenden Deductionen würden nun freilich als lediglich hypothetische Möglichkeiten für den concreten Fall von geringem Gewicht erscheinen, wenn sie nicht auch durch die Resultate der klinischen Beobachtung und anatomischen Untersuchung einen thatsächlichen Inhalt gewännen.

Vom klinischen Standpunkte aus ist zu bemerken, dass die Krankheit durch „Zuckungen der Schultern“ eingeleitet worden ist, also durch ein Phänomen, welches uns auf einen im oberen Rücken- resp. Halsmarke sich auslösenden Reizungszustand hinweiset; die Fortdauer dieser Krämpfe sowie die Constanz ihrer Localisation deutet auf einen localisirten und schleichend verlaufenden Process, und der Uebergang in wirkliche epileptische Anfälle auf ein weiteres Fortschreiten des Processes und eine Betheiligung des grossen Gehirns. Diese letztere documentirt sich nun aber auch thatsächlich durch die fast habituelle nächtliche Unruhe und Schlaflosigkeit und durch die hierbei zu Tage getretenen Symptome congestiver Cerebral-Irritation. In der Schilderung des Kr. Phys. Dr. *Moriz* zu Graudenz heisst es: „Nach den Krämpfen befindet sie sich in einem Zustande auffallender Verwirrung; mit rollendem Auge, wildem Blick sitzt sie dann schlaflos im Bette und wird von einer inneren Unruhe rastlos hin und her getrieben,“ ferner: „Natalie X. sass zumeist Nachts mit gekreuzten Beinen unruhig in ihrem Bette, das dem Bette der Kinder nahe stand.“ Die nächtliche Unruhe kam aber nicht blos nach epileptischen Anfällen sondern auch in krampffreien Nächten zur Beobachtung. Ein tuberculös-meningitischer Process an der Convexität des grossen Gehirns, charakterisirt insbesondere durch die gleichzeitige Lungen-Tuberculose, enorme Häufung der Krampfanfälle, fast continuirliche Muskelzuckungen, (unter diesen vorzugsweise Schulter-Zuckungen) sowie namentlich auch durch Visionen resp. Phantasmen und Beängstigungen — bildete den Schluss-Act des gesammten Krankheitsprocesses. In diesem Schluss-Act finden wir also die früher mehr oder weniger in separato und episodisch aufgetretenen Einzelsymptome zu einem Krankheitsbilde vereinigt: bemerkenswerth erscheint insbesondere, dass auch hier wieder die Schulterzuckungen in grosser Intensität auftreten.

In Betreff der anatomischen Veränderungen ist hervorzuheben, dass neben den Zeichen der tuberculösen Meningitis, die dem letzten Stadium angehören, die ausgesprochene Verhärtung der Substanz des grossen

Gehirns, ausserdem namentlich auch die Sklerose des Pons, des verlängerten Markes, insbesondere der Oliven, die nach Ausdehnung, Sitz und Art bedeutendste pathologisch-anatomische Veränderung darstellt. Dieselbe ist offenbar das Product eines schleichenden Processes, dessen Bestehen wir vom klinischen Standpunkte aus supponiren mussten.

Soweit entsprechen sich also im Allgemeinen die klinischen und anatomischen Thatsachen dieses Falles.

Es würde nun darauf ankommen, die Natur der krankhaften Processe specieller zu determiniren und für die einzelnen Symptomen-Gruppen die congruenten anatomischen Veränderungen festzustellen. Diese Aufgabe erscheint schwierig, vielleicht kaum vollständig lösbar. Aber wenn wir auch nicht erwarten dürfen, uns in dem Dunkel eines Gebietes sogleich zurecht zu finden, auf welchem uns Anatomie und Physiologie fast ganz im Stiche lassen, so glaube ich doch die thatsächlichen Anknüpfungspunkte, die sich uns in diesem Falle für die Beantwortung der aufgeworfenen Fragen darbieten, nicht stillschweigend ignoriren zu dürfen, dieselben vielmehr als solche constatiren und registriren zu sollen.

Es mögen mir daher noch folgende Bemerkungen verstattet sein.

1. In wie weit in früheren oder späteren Stadien Wurmreiz eine bemerkenswerthe Rolle gespielt, dürfte sich nicht bestimmt entscheiden lassen; doch spricht der Befund von ganz palpablen Hirn- und Hirnhaut-Veränderungen gewichtig für die Annahme, dass es sich bei der Natalie X. nicht um lediglich reflectorisch erregte Krampf-Anfälle, sondern um eine wirkliche Affection des Central-Nervensystems, um einen, dieses letztere direct treffenden Reizungs-Zustand, gehandelt habe.

2. Es erscheint von wesentlicher Bedeutung, dass gewisse früher in einzelnen Paroxysmen intercurrent auftretende Symptome: nämlich Schulterzuckungen, beängstigende Visionen, Cerebralwallungen mit grosser Pulsaufregung, zuletzt in mehr continuirlicher Weise sich geltend machten und als Symptome einer in aller Form ausgeprägten Meningitis der

Grosshirn-Hemisphären sich enthüllten. Liegt es nicht sehr nahe, diese früher episodisch hervorgetretenen Symptome ebenfalls auf analoge Veränderungen: auf Cerebral-Wallungen und vorübergehende Reizungen des grossen Gehirns zu beziehen? Von *Ludw. Meyer* sind mehrere bei der X. beobachtete Anfälle grosser Verworrenheit — mit deutlichen Congestions-Erscheinungen geschildert; namentlich ist ein am 3. November 1856 beobachteter Anfall mitgetheilt, der sich besonders durch Incohärenz der Ideen und mehrere Stunden anhaltende Zuckungen der rechten Schulter auszeichnete. (Diese Zeitschrift l. c. S. 257).

3. Sklerotische Verhärtung grösserer oder geringerer Partien des Gehirns ist bei Epilepsie kein seltener Befund; besonders häufig findet man bekanntlich die Sklerose des Ammonshorns. Die nähere Bestimmung dieser Veränderung muss weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben; ich hoffe später darauf zurückzukommen.

4. Von besonderem Interesse ist die stark ausgeprägte Betheiligung der Brücke und des verlängerten Markes an diesem sklerotischen Processe.

So wenig Erkleckliches wir auch über die Functionen der einzelnen Hirnbezirke wissen, so kann man doch als eine in der Hauptsache feststehende Thatsache annehmen, dass das grosse Gehirn in näherer Beziehung zu den bewussten intellectuellen Vorgängen steht; dass die Brücke, das verlängerte Mark nebst einigen angrenzenden Theilen intermediäre Central-Apparate bilden oder enthalten, die ausser der durch Nervenfasern vermittelten Leitung auch noch gewisse regulatorische, mehr weniger automatische Functionen ausüben, die Richtung gewisser motorischer Leistungen bestimmen, und die Knotenpunkte zwischen den drei grossen Abtheilungen des Nervensystems: Grosshirn, Kleinhirn und Rückenmark, darstellen.

Die Experimente, betreffend die unter dem Namen der Rollbewegungen bekannten Zwangsbewegungen, die nach Durchschneidung oder Verletzung der vom Pons ausgehenden Fasersysteme entstehen — belehren uns, dass hier Gleichgewichtslagen von Bewegungs-Impulsen bestehen, die

sich nicht auf einzelne discrete Bewegungen, sondern gleich auf ein grösseres Ensemble von Bewegungen beziehen und zwar nicht allein auf eine räumlich combinirte Bewegung (als Resultat eines gleichzeitig harmonisch in einander greifenden Spiels der einzelnen Muskeln) sondern auch auf zeitlich complicirte resp. combinirte Bewegungen (Bewegungsreihen), nämlich eine ebenfalls in sich geordnete, in gewissem Rhythmus fortschreitende und zu einer einheitlichen Gesammtwirkung sich vereinigende Folge von Einzelbewegungen oder Bewegungs-Complexen. Bemerkenswerth ist nun noch, dass diese durch Pons-Verletzungen hervorgerufenen Zwangsbewegungen nicht bloss eine unwillkührliche Locomotion einzelner Extremitäten und anderer Körpertheile, sondern eine Ortsveränderung des Körpers in toto bewirken: man muss also annehmen, dass im Brücken-Systeme treibende Kräfte zur Geltung kommen, welche die Richtung und Art der Fortbewegung des Individuums in seiner Gesammtheit (im Raume) bestimmen und welche unter gewissen Bedingungen dem Einflusse der Willkühr entzogen, gleichwohl zeitlich und räumlich complicirte, wohl coordinirte, locomotorische Leistungen auslösen können. Eben weil sich in solchen Zuständen das Individuum in seiner Totalität unwillkührlich von einer Gewalt getrieben fühlt, über welche es sich keine Rechenschaft zu geben vermag, entsteht bei ihm selbst sowohl, als bei seiner Umgebung so leicht die Supposition einer übernatürlichen dämonischen Einwirkung, eines Verzaubert- oder Behext-Seins, eine Vorstellung, die bei Intercurrenz von Präcordialangstzufällen in dem afficirten Individuum selbst in Folge lebhafter Imagination gar leicht zur illusorischen oder hallucinatorischen sinnlichen Wahrnehmung sich gestalten kann. Andererseits aber kann der gewöhnliche Beobachter, wenn er solche zweckmässig coordinirten Bewegungen abseiten des Bewusstseins vor sich gehen sieht, nicht begreifen, wie eine so vollendete Coordination (von Bewegungsgruppen und Reihen, die zusammen schon complicirtere Handlungen darstellen) ohne Intercurrenz bewusster Vorgänge zu Stande kommen sollte: daher nichts gewöhnlicher, als dass Kranke, die an dergleichen Zufällen leiden, zuerst für Simulanten

angesehen werden. Und doch lehrt die Erfahrung, dass auch bei ganz oder halb schlafendem Bewusstsein solche complicirte und wohlcoordinirte Bewegungen mehr oder weniger unwillkührlich vor sich gehen können (z. B. bei Chorea magna). Der Grund dieser Anomalien auf dem motorischen Gebiete des Seelenlebens ist nun aber in gewissen Eigenthümlichkeiten des Central-Nerven-Apparates und seiner Energien zu suchen. Die hierbei in Betracht kommenden allgemeinen Grundanschauungen, wie sie sich aus der Betrachtung der pathologischen und normalen Thatsachen des psychischen Lebens ergeben, glaube ich nicht besser präcisiren zu können als durch folgende Sätze *Griesinger*'s:

„Es giebt ein mittleres Gebiet zwischen dem reinen Vorstellen und zwischen dem motorischen Nervenreiz, der die Muskeln unmittelbar zur Contraction veranlasst — ein Gebiet, für das es kein gehörig bezeichnendes Wort giebt, welches aber die Impulse zu den Reihen der einzelnen Muskelbewegungen schon in grösseren Gruppen zusammengeordnet und präformirt enthält. Hier sind die zweckmässigen Bewegungsimpulse in viele Muskeln, die sich zu den einzelnen Muskelbewegungen wie umfassende Ganze, zu unseren eigentlichen Handlungen aber wieder nur wie einzelne Bruchstücke verhalten, — theils nach einer im Voraus prästabilirten Harmonie, theils nach der durch Uebung und Gewohnheit gegebenen Ordnung combinirt. Dieser complicirtere Mechanismus, dessen Sitz nach Experimenten und den pathologisch-anatomischen Thatsachen an den verschiedenen Durchgangspunkten der Fortsetzungen der Vorderstränge und der Pyramidenstränge durch graue Substanz schon in der Brücke, dann im kleinen und grossen Gehirn zu suchen ist, wird einerseits von der Masse der Empfindungsreize, welche ihn an allen jenen Orten treffen, in Bewegung gesetzt und präsidirt dann jenen instinctiven Bewegungen und Handlungen, die dem geistigen Gebiet zum Theil ganz entzogen sind, zum Theil in verschiedenen Höhen dasselbe erreichen und damit einen fördernden oder hemmenden Einfluss erleiden. Andererseits aber mischen sich die Schemata dieser grösseren Bewegungsimpulse, ideale Reproductionen derselben auch in unsere geistigen Processe in der Weise ein, dass sie als wesentliche Bestandtheile in das einzelne Vorstellen eingehen. Damit nimmt aber das Vorstellen selbst eine motorische, auf die Muskelbewegung tendirende Richtung an und wird dadurch zum Streben.“ (*Griesinger*, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten 2. Aufl. S. 37.)

Auch *Guislain* hat sich zu einer solchen Auffassung bekannt. Er sagt in seinen berühmten Leçons orales II. p. 169. „En suivant le trajet des nerfs les plus influencés dans ces

affections, on pourrait presque indiquer par des tangentes le siége le plus probable de la maladie, comme l'a fait voir *M. Griesinger.*"

Guislain weis't in Bezug auf die mit allerlei abnormen Trieben behafteten Kranken besonders auf die an der Basis gelegenen Theile hin: „Or, la conservation de l'intelligence avec un état anormal, capricieux des actes, sera une forte présomption qui m'engagera à chercher dans les parties déclives, plutôt que dans les circonvolutions sous-crâniennes le point de départ de ces sortes de vésanies" (l. c. p. 169); er hebt hervor, dass den Thieren nach Zerstörung oder Entfernung der Grosshirnhemisphären die Spontaneität (faculté de l'incitation spontanée) nicht verloren geht und schliesst daraus, dass bei den krankhaften Anomalien der Willensthätigkeit zweierlei Momente zu unterscheiden seien, m. a. W., dass zwei verschiedene Bedingungen der Willensbethätigung obwalten: nämlich erstens, ein mit den Grosshirnhemisphären in nächster Beziehung stehendes, abstractes, psychisches, moralisches Princip — und zweitens, ein impulsives, effectiv-ausführendes direct auf die musculären Leistungen wirkendes Princip. „Il y a donc dans les anomalies morbides de la volonté deux conditions à distinguer: la première, l'hémisphérique, intérieure, abstraite, psychique, morale, comme vous voudrez l'appeler; l'autre incitante, actuelle, musculaire, apparente dans les résultats (l. c. II. 170).

In Betreff der speciellen Localisation dieses impulsiven Central-Apparates ist er geneigt, dem verlängerten Marke und benachbarten Central-Apparaten die grösste Bedeutung beizulegen: „C'est l'espace nerveux compris entre les olives et les quadrijumeaux, c'est là que je placerai le siége de la volonté impulsive, ... De là doivent émaner ces impulsions si étranges qui caractérisent un grand nombre d'aliénations." Speciell über die Brücke äussert er sich p. 171.

„D'après *M. Longet,* la volonté d'incitation réside dans la protubérance annulaire. Cette manière de voir est peut- être celle qui se rapproche le plus de la vérité. Toutefois le bulbe de la moelle est dans un rapport beaucoup plus intime avec la conservation des actes musculaires

que ne l'est le mésocéphale, qui est plutôt en relation avec le cervelet."

Mit den vorstehend citirten Anschauungen zweier so bewährter Forscher befinden sich nun die pathologischen und pathologisch-anatomischen Thatsachen unseres Falles in vollständigem Einklang; denn wir finden als constanteste psychische Störung die immer wiederkehrende Neigung zu unnützen verkehrten Handlungen, krankhafte Erscheinungen des Trieblebens verschiedener Art, in der Regel o h n e, seltener m i t gleichzeitiger Ideen-Verwirrung; als bedeutendste pathologisch-anatomische Veränderung des Central-Nervensystems (von der späteren Meningitis abgesehen) Sklerose des verlängerten Markes, der Brücke und der in die Grosshirnhemisphären einstrahlenden Marklager — sowie eine relative Kleinheit des Cerebellum. Liegt es nicht sehr nahe, beiderlei Reihen von Anomalien auf einander zu beziehen? Findet die Abwesenheit der Ideen-Verwirrung nicht auf die einfachste Weise ihre Erklärung durch den Umstand, dass der krankhafte Process sich für gewöhnlich auf die vorhin besprochenen b a s i l a r e n Gebiete beschränkte? Erscheint es nicht ganz plausibel, die intercurrent eintretende Ideen-Verwirrung auf intercurrent eintretende Mitbetheiligung des grossen Gehirns, in specie der Gehirnrinde zurückzuführen? Würden sich nicht in analoger Weise die ganz vorübergehend aufgetretenen Visionen durch vorübergehende Erregungen der betreffenden optischen Central-Apparate erklären lassen? Wenn wir analoge Visionen, wie sie die X. früher nur intercurrent hatte, zuletzt als Symptome einer ausgesprochenen Meningitis in den Vordergrund treten sehen, sind wir dann nicht in gewissem Grade berechtigt, auch für die früheren Visionen eine analoge pathologisch-anatomische resp. physiologische ursächliche Begründung anzunehmen, nämlich Congestionen und Irritationen des grossen Gehirns? Wird diese Supposition nicht (zur Gewissheit: 1) durch die anderweitigen, diese Visionen begleitenden Symptome, die in evidenter Weise das Gepräge congestiver Wallung und Corticalis-Reizung dargeboten haben, blauroth-congestionirtes Gesicht und Pulsfrequenz einer-, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Ideen-Verwirrung anderer Seits) und 2) durch den Befund von Residuen älterer chronisch-ent-

zündlicher oder congestiver Processe an den Meningen, als welche wir die derbe Verdickung und die Adhärenz derselben an der Spitze des einen Temporal-Lappens ansehen müssen, — ?

Die befehlenden, zur That auffordernden Stimmen endlich, welche die Natalie X. zu hören vermeinte (z. B. die Stimme „Leg' Feuer an“) — sind sie ihrem Inhalte nach nicht Schemata grösserer Bewegungs-Impulse, jene „idealen Bilder die in das Vorstellen eingehen“ — sind sie nicht, von anderer Seite betrachtet, ihrer Form nach der Ausdruck eines dem Bewusstsein sich aufdrängenden Imperativus? Ausdruck des auf dem impulsiven Gebiete sich geltend machenden Dranges? Dieser Drang, mit welchem jene Schemata verbunden sind, verleiht den betreffenden Vorstellungs-Kreisen, in welche letztere eingehen, ihre besondere subjective Qualität; er bestimmt (gleichwie bei Rechen-Operationen das Vorzeichen + oder — die relative Bedeutung der einzelnen Zahlen und Grössen bezeichnet) — die qualitative Beziehung derselben zum Ich, die Art und Weise wie dieselben in den Denk- und Willensoperationen als wirksame Potenzen zur Geltung kommen. Jene Schemata erscheinen hier somit nicht als rein objective und abstracte Vorstellungsbilder schlechtweg, ohne subjective Beziehung; vielmehr auf's Engste und untrennbar verknüpft mit der Empfindung jenes Dranges: sie erscheinen demgemäss sogleich in einem besonderen Modus — im Modus imperativus. Dieser Modus imperativus wird begreiflicher Weise auch zum Ausdruck gelangen müssen, sobald die betreffenden Vorstellungs-Bilder in Gedanken, in Worte und Sätze als die begrifflichen Denkzeichen und Denkformen übertragen werden: es wird also z. B. der Gedanke des Feueranlegens nicht in der unbestimmten Form des Infinitivus „Feueranlegen“ im Bewusstsein erscheinen, sondern in der Befehlsform „Leg' Feuer an.“

Auf diese Weise dürfte sich die „innere Stimme“ der Natalie X. erklären lassen. Dass in gewissen geisteskranken Zuständen die Gedanken sich so lebhaft gestalten, dass sie mehr weniger innerlich hörbar werden, ist eine bekanntlich nicht gerade selten zu beobachtende Thatsache; dieses Symptom ist oft in so prägnanter Weise vorhanden, dass es den Geistes-

kranken selbst deutlich zum Bewusstsein kommt und von ihnen ganz genau constatirt wird.[1])

Gerade die subjective Beziehung der Empfindungen ist es, welche im Traume und im Wahnsinn zum Ausgangspunkt für die Gebilde des Traumes und Wahnsinns wird, wie z. B. die beim Einschlafen nicht selten eintretende Veränderung der Muskelspannung die bekannte illusorische Vorstellung des Fallens hervorruft. *Kraus*[2]) erzählt von einer 62jährigen tobsüchtigen und epileptischen Kranken, die an sexuellen Wahn-Ideen litt, u. A. sich als Wöchnerin geberdete und deren äussere Genitalorgane von Ascariden wimmelten. Nach Entfernung der letzteren verschwanden die Wahn-Ideen sofort. — Ich selbst beobachtete eine Epileptische die sich den Unterschenkel gebrochen hatte und, nachdem der Verband angelegt worden, eine Zeit hindurch bei jeder Erneuerung, ja selbst schon bei Besichtigung des Verbandes in ihrem Delirium zu äussern pflegte: man schneide ihr ins Fleisch, man wolle sie zerschneiden, ihr Fleisch aufessen, man dürste nach ihrem Blute und hungere nach ihrem Fleische.

Diese Beispiele zeigen, wie sich aus verhältnissmässig einfachen körperlichen Empfindungen und Reizzuständen complicirtere Wahn-Ideen bilden können, indem erstere, gleichsam entkleidet von den objectiven Beziehungen, lediglich in ihrer subjectiven Bedeutung zum Bewusstsein gelangen und dort durch traumhafte oder wahnsinnige Ideen-Associationen wieder mit neuen Vorstellungen in Verbindung treten, welche, obgleich Gebilde der Phantasie, als Motive der subjectiven Empfindung in der geistigen Anschauung Geltung resp. den Schein der Wirklichkeit erlangen.

Möglicherweise sind die inneren Stimmen, wie sie von der X. namentlich in der Herzgrube und am Halse wahrgenommen wurden, Ausdruck einer mehr oder weniger directen

---

[1]) So beurtheilte eine an Wahnsinn leidende Kranke, welche häufig Illusionen und Hallucinationen des Gehörs und des Gemeingefühls hatte, ihre Gehörsanomalien ganz richtig, indem sie äusserte: „Die Gedanken sind in mir schon Gehör.“ Sie brauchte sich bloss einen Gedanken recht lebhaft zu denken, um ihn auch sogleich hörbar gesprochen zu vernehmen.

[2]) *Kraus*, Der Sinn im Wahnsinn. Zeitschr. f. Psychiatr. XV. S. 617.

Consonanz der Central-Apparate für die Gehörsempfindung im Gebiete des verlängerten Markes. Es spricht hierfür wenigstens die Localisation der vermeintlichen Stimme im Innervationsgebiete des Vagus und die auf eine Affection des obersten Theils des Halsmarks resp. der Medulla oblongata hinweisende Constanz mit welcher die Schulterzuckungen in den Vordergrund der Erscheinungen traten.

Eine eingehendere Erörterung dieser auf einem, anatomisch und physiologisch noch so wenig erforschten Gebiete sich abspielenden Anomalien, würde hier indess zu weit führen und aus Mangel der nöthigen Anknüpfungspunkte auch kaum Resultate versprechen: hier handelt es sich in der Hauptsache nur darum, den zu Grunde liegenden pathologischen Vorgang in seinen allgemeinsten Grundzügen kennen zu lernen. Als Resultat unserer Betrachtungen hat sich nun mit ziemlicher Sicherheit ergeben, dass die das verlängerte Mark und die Brücke umfassende Partie des Gehirns vorzugsweise Sitz eines chronischen Irritations- oder Erregungszustandes gewesen ist; und demnächst mit Wahrscheinlichkeit die weitere Annahme: dass die hier wirksam gewesenen Erregungszustände nicht ohne causalen Einfluss gewesen sind auf die Störungen des Trieb- und Gefühlslebens, wie sie sich bei der Natalie X. theils als innere Unruhe theils als Gelüste und Drang zur Verübung von allerlei Schabernack und verkehrten Handlungen in so prägnanter Weise bei relativer Integrität der Intelligenz manifestirt haben.

5. Sollte es sich bestätigen, dass die Functionen der Brücke und der Medulla oblongata mit den motorischen Leistungen auf dem Gebiete des ins Psychische hinübergreifenden Trieblebens in so naher Beziehung stehen — dann würde unter den anatomischen Veränderungen unseres Falles vor allen anderen namentlich eine in der Brückengegend vorgefundene Anomalie eine ganz besondere Bedeutung gewinnen: ich meine die oben erwähnte vom *Clivus Blumenb.* steil sich erhebende und gegen die Hirnsubstanz gerichtete „stark vorragende Osteophyt-Bildung.

Es würde verfrüht und voreilig erscheinen, an diesen Befund sogleich weitere Hypothesen zu knüpfen oder daraus

bestimmtere Schlüsse herleiten zu wollen; wir müssen uns vorläufig damit begnügen, die Thatsache als solche constatirt zu haben.

Die Möglichkeit aber, dass diese so stark entwickelte abnorme Knochenbildung die erste Causa movens zu Störungen in der Innervation der dort gelegenen basilaren Theile gewesen sein kann, wird Niemand in Abrede stellen können. Zwar findet man Osteophyten kleineren Umfangs verhältnissmässig nicht ganz selten [1]) auch ohne jede auffallende psychische Störung; indess wird ja hierdurch nicht ausgeschlossen, dass dieselben, wenn sie eine grössere Höhe erreichen, wirklich Anomalien in der Function der betreffenden basilaren Hirn-Partien herbeizuführen im Stande sind. In unserem Falle hatte die eine Art Crista bildende Knochen-Neubildung aber eine erhebliche Grösse, namentlich eine ungewöhnliche Höhe, so dass wohl kaum angenommen werden kann, sie habe gar keine mechanische Einwirkung auf die Nerven-Apparate des Pons und der benachbarten Faser- und Ganglien-Systeme ausgeübt, dass die Annahme einer solchen Einwirkung sich vielmehr als unabweislich von selbst aufdrängt. Hierzu kommt noch als ein eine solche Einwirkung begünstigendes Moment die geringe Capacität der Schädelhöhle, namentlich in der longitudinalen Richtung von vorn nach hinten; denn die grösste Länge des Schädels in dieser Richtung betrug nur 16,78 Cm. (im Lichten sogar nur 15,47 Cm.). Der Längsdurchmesser erreichte hier also noch nicht einmal das Maass des entsprechenden Längsdurchmessers bei den Mikrocephalen, welches *Virchow* im Mittel zu 17,33 fand (von der Glabella bis zur grössten Wölbung des Hinterhaupts) und erscheint hier überhaupt geringer als sämmtliche von *Virchow* für die von ihm aufgestellten zehn Schädelformen gefunde-

---

[1]) Eine Reihe interessanter Beobachtungen von Ekchondrosen und Exostosen des Clivus bei Geisteskranken ist kürzlich von *Stahl* veröffentlicht worden. Es ergab sich in diesen Fällen ein Zusammenhang der Osteophytbildungen mit krampfhaften Zuständen im Bereiche der in der Clivus-Gegend verlaufenden Hirn-Nerven, mimische Gesichtskrämpfe u. s. w. Vgl. *Stahl*, Ein Beitrag zur Casuistik der Enostosen des Clivus bei Geisteskranken. Zeitschr. f. Psychiatrie XXVI. S. 401.

nen Mittelwerthe — mit Ausnahme von nur einer einzigen, nämlich der oxycephalen Schädelform, für welche als Mittelwerth 15,28 Cm. notirt sind. (S. *Virchow*'s Ges. Abhandl. S. 916, Längsdurchmesser B.). Eine Compensation durch grössere Breite oder Höhe fand aber auch nicht statt; denn das Schädeldach hatte keine auffallende Höhe oder Zuckerhutform und auch die grösste Breite des Schädels 13,07 ist auffallend gering, geringer als sämmtliche für den unteren parietalen Durchmesser der verschiedenen Schädelformen (mit Ausnahme der Leptocephalen) von *Virchow* gefundenen Mittelwerthe, geringer namentlich als die betreffenden Durchmesser bei Mikrocephalen (14,00) und Oxycephalen (13,75). Es erscheint ferner begreiflich, dass ein unter so engen Verhältnissen auf die betreffenden Bezirke des Centralnervensystems Seitens des Osteophyts ausgeübter Insult sowohl in Folge des Wachsthums desselben als auch in Folge desjenigen des Gehirns allmälig zunehmen und namentlich durch plötzlich eintretende congestive Turgescenz des Gehirns in Folge von Wallungen etc. sich bedeutend steigern musste. Es wäre also die Geschichte der Krankheit möglicherweise so zu deuten, dass die den Beginn der Krankheit darstellenden Zuckungen nur die ersten Symptome des damals noch ganz schwachen mechanischen Insultes gebildet, mit zunehmender Intensität des letzteren aber allmälig den Charakter vollständiger Epilepsie angenommen haben und dass sich schliesslich in Folge der auch durch die Pubertäts-Entwicklung bedingten grösseren Entfaltung und Turgescenz des Gehirns ein mehr dauernder Irritationszustand etablirt habe; es würde ferner auch die Lungen-Entzündung als ein den Rückfluss des venösen Blutes aus dem Gehirn erschwerendes Moment, sowie weiterhin die in Folge des Menstruations-Processes auftretenden Cerebral-Fluxionen (die sich durch das bei ausbleibendem Katamenialfluss einstellende Nasenbluten in nicht zu verkennender Weise kund gaben) mit in Rechnung zu bringen sein. Dass endlich die epileptischen Anfälle selbst durch die mit ihnen einhergehende Insultation des Gehirns als Noxen wirken, gleichsam einen Circulus vitiosus darstellen, braucht nicht weiter auseinandergesetzt zu werden.

IV. Fall von epileptischem Blödsinn, bemerkenswerth durch ein auffallend starkes Hervortreten aggressiver Triebe. Pathologisch-anatomische Veränderungen vorwiegend an der Basis. Verwachsung des Pons mit dem Clivus.

Es sei mir gestattet, hier gleich die Geschichte eines anderen mit dem vorstehend mitgetheilten viele Analogien darbietenden Krankheitsfalles anzuknüpfen, den ich in derselben Zeit, als die Natalie X. Gegenstand meiner Beobachtung war, mehrere Jahre hindurch genau zu verfolgen Gelegenheit hatte.

Es befand sich nämlich gleichzeitig mit der Natalie X. in der hiesigen Anstalt ein gleichfalls noch im jugendlichen Alter stehender epileptischer Kranker, dessen Psychose zwar insofern eine Differenz von derjenigen der Natalie Axt darbot, als bei ihm nicht mehr jene geistige Frische und Intelligenz wie Anfangs bei Natalie X. vorhanden war, in dessen geistiger Störung aber doch nicht eigentlich die Symptome des Blödsinns, vielmehr dieselbe Kategorie psychischer Anomalie, wie wir sie bei der X. beobachteten, die Hauptrolle spielten. Es zeigte sich bei diesem, bei der Aufnahme in die hiesige Anstalt 18 Jahre alten, Epileptiker zwar keine Neigung zu Brandstiftungen, aber sonst dasselbe Gelüste, bei vollkommenster äusserer Ruhe andere Kranken zu verletzen, — ganz dieselbe Neigung, sich in die Nase zu bohren, sich selbst zu verletzen u. s. w. — und zwar Alles dieses ohne dass äussere Motive oder Anreizungen nachzuweisen gewesen wären.

Als der Fall nun im Jahre 1864 zur Obduction kam, war ich in Bezug auf die Ergebnisse derselben einigermaassen gespannt, da ich Veränderungen in den weiter oben näher besprochenen basilaren Hirnbezirken glaubte erwarten zu dürfen. Diese Vermuthung bestätigte sich dann auch thatsächlich, insofern sich nicht allein ähnliche sklerotische Zustände vorfanden, sondern auch speciell den Pons betreffende Anomalien: nämlich eine Befestigung des Pons am Clivus Blumenbachii in Folge von Verwachsung der weichen Hirnhäute mit der entsprechenden Partie der Dura mater einer-

und mit der Oberfläche des Pons andererseits, und ausserdem eine Dislocation der an der vorderen unteren Fläche des Pons und der Medulla oblongata befindlichen grossen Gefässstämme. Die Krankheitsgeschichte ist in Kurzem folgende:

Martin Kluczikowski wurde am 18. September 1855 in einem Alter von 18 Jahren wegen Epilepsie in das Landkrankenhaus zu Schwetz aufgenommen und von dort am 7. Januar 1856 in die Irren-Anstalt translocirt. Ueber die Krankheits-Entwicklung fehlen alle Nachrichten.

Bei der Aufnahme erschien er als ein kleiner, $4^{1}/_{2}$ Fuss grosser wohlgenährter, vollbackiger, jugendlich aussehender Mensch, ohne Bart, mit lebhaftem aber tückischem Blick, sonst aber anscheinend stillen und harmlosen Wesens. Auf dem rechten Auge bestand vorderer Kapselstaar.

Auf psychischem Gebiete war ein Zustand von Blödsinn mässigen Grades vorhanden: eine gewisse Beschränktheit des geistigen Horizontes und Armuth an Ideen, Mangel nützlichen Interesses und Strebens, eine merkliche Schwäche des Gedächtnisses, mangelhafte oder ganz fehlende Schulkenntnisse, ferner als intercurrent hervortretende Anomalie: Stupidität mässigen Grades. Am meisten aber machten sich als Symptome der Geistesalienation in einzelnen Fällen zu Tage tretende Triebe zur Verübung boshafter Streiche und zu gefährlichen Attentaten gegen sich selbst und gegen Andere bemerkbar.

Diese aggressiven Paroxysmen, welche das eigentlich Charakteristische in der Seelenstörung des K. bildeten, hatten nun das Besondere, dass sie nicht wie die bei den epileptischen Geisteskranken so häufig zu beobachtenden Wuthanfälle durch heftig auflodernde Zorn-Affecte motivirt und getragen, nicht mit jenem blinden sogenannten Furor epilepticus in's Werk gesetzt und endlich auch nicht von jener äusseren lärmenden Agitation und von wilden Schrei-Paroxysmen begleitet waren, — dass sie vielmehr als heimliche und hinterlistige Befriedigung eines inneren Gelüstes und Dranges erschienen. Die Streiche des K. trugen nicht den Charakter plötzlich erfolgender reaktiver Ausbrüche in Folge äusserer oder innerer Erregung, vielmehr vollständig das Gepräge heimtückischer Bosheit und bübischer Lust. Hatte er einen schlechten Streich verübt, so pflegte sich in seiner gesammten Haltung eine gewisse Unsicherheit und Verlegenheit bemerklich zu machen. Er motivirte seine Uebelthaten niemals, suchte auch niemals sich zu entschuldigen oder sein Bedauern auszudrücken; vielmehr bot er stets das Bild eines Menschen dar, welcher mit Bewusstsein ein Verbot übertreten hat, um ein heimliches Gelüste zu befriedigen und dabei ertappt worden ist. Die Art seines ganzen Auftretens hatte, um mich eines von Dr. *Fr. Hoffmann* gebrauchten Ausdrucks zu bedienen, etwas katzenartiges: eine äusserst leise und geschmeidige Gangart, eine elastische, gleichsam zum Sprunge fertige Haltung, ein

blitzschnelles Sich-Lanciren, sobald der lauernde Blick die Gunst des Augenblicks zur That erspäht hatte. Es versteht sich, dass diese Eigenthümlichkeit den K. zu einem der allergefährlichsten Kranken machte und dass es wohl nur der sorgfältigen Ueberwachung zu danken ist, wenn es dem K. nicht gelungen, grössere Attentate zu vollführen. Beispielshalber seien hier indess einige der von K. verübten Gewaltthätigkeiten erwähnt: Im Jahre 1857 bemächtigte er sich einer spitzen Feile, die ein in der Kranken-Abtheilung beschäftigter Handwerker eben hingelegt hatte und stürzte sich damit auf einen anderen Kranken, um hinterrücks demselben die Brust zu durchbohren; glücklicher Weise wurde er noch rechtzeitig genug an der Vollführung seines Attentats verhindert, so dass der Angegriffene mit einem Loch im Rückentheil seines Rockes und einer ganz oberflächlichen Läsion der Haut davon kam. Der auf diese hinterlistige Weise Angegriffene war ein an Stupor geringen Grades leidender und mit negativem Affect behafteter junger Mensch, der, weit entfernt, auf Andere los zu gehen, vielmehr selbst bei jeder Annäherung scheu zurückzuweichen pflegte, also dem K. gewiss nicht in den Weg getreten war. — Als K. nach diesem Vorfalle sofort isolirt wurde, führte er durch Bohren in der Nase starkes Nasenbluten herbei, stiess alsdann mit dem Kopfe gegen die Wände des Zimmers, löste eine Gitterstange ab, — Alles dieses ohne merkbare äussere Aufregung. — Ein anderes Mal biss er Nachts einem in demselben Zimmer schlafenden Kranken in den Daumen und versuchte später dasselbe Attentat gegen einen anderen Kranken am hellen Tage. Häufig legte er den Trieb an den Tag, andere Kranke an die Genitalorgane zu greifen. Im Juli 1858 schlug er sich selbst das Gesicht blutig.

Wegen seiner häufigen boshaften Streiche musste K. oft auf längere Zeit isolirt werden; in der Isolirung pflegte er sich dann mit dem Finger in die Nase zu bohren; wurde ihm in Folge dessen das Camisol angezogen, so stiess er mit dem Kopfe gegen die Wände, gegen die Thür und Fensterbank. Wurde er auch hieran durch andauernde Observation gehindert, so biss er sich auch wohl selbst Zunge und Lippen blutig. Auch bei diesen gegen sich selbst gerichteten Verletzungen war ein vorherrschender Affect nicht zu bemerken.

Die epileptischen Anfälle traten im Allgemeinen nicht gerade sehr häufig ein, etwa 1 bis 10 Mal in einem Monat. In der folgenden Zusammenstellung ist die Gesammtzahl der in den einzelnen Monaten beobachteten Krampfanfälle verzeichnet: Die obenstehenden römischen Ziffern bezeichnen die Monate, die unter denselben befindlichen arabischen Ziffern die Gesammtzahl der in dem betreffenden Monate eingetretenen Krampfanfälle:

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
1857.							6.	7.	5.	3.	4.	8.
1858.	4.	2.	3.	5.	5.	10.	3.	8.	3.	7.	3.	7.
1859.	6.	3.	6.	2	1	4.	6.	4.	4.	5.	3.	4.

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
1860.	8.	7.	6.	4.	6.	6.	4.	5.	3.	5.	5.	3.
1861.	5.	6.	5.	5.	1.	5.	7.	4.	1.	3.	0.	0.
1862.	3.	9.	5.	4.	4.	4.	3.	3.	1.	2.	7.	3.
1863.	4.	10.	8.	5.	12.	17.	15.	13.	13.	12.	15.	12.
1864.	14.	15.	11.									

Nach dem am 31. März 1864 erfolgten Tode wurde bei der Autopsie am 1. April folgender Befund constatirt:

Todtenstarre. Geringes Oedema pedum.

Schädel etwas hyperostotisch, ziemlich dick, Nähte unverknöchert, Stirn abgeflacht. Längsdurchmesser des Schädels in der Durchschnitts-Ebene (von der Glabella bis zur grössten Wölbung des Hinterhaupts) 16,62 Centim.; grösste Breite in der Durchschnitts-Ebene 13,73 Centim. In den Sinus der Dura mater etwas Blut von dunkelkirschrother Farbe. Weiche Hirnhäute dünn und blass, Arachnoidea an der Basis getrübt und etwas verdickt; die Verdickung ist besonders in der Gegend des Chiasma nervorum ausgesprochen. An der Basis des Schädels ist die Arachnoidea ausserdem beiderseitig angewachsen: nämlich einerseits mitsammt der Pia mater mit der Oberfläche der Gehirnwindungen ziemlich fest verbunden, — andererseits durch ausgedehnte Verwachsung an die Dura mater der Basis befestigt; besonders deutlich ausgesprochen ist diese Verwachsung an der vorderen-unteren Oberfläche des Pons; letztere erscheint der Dura mater des Clivus Blumenb. dicht anliegend und an dieselbe gleichsam angelöthet. Die Arteriae vertebrales und Arteria basilaris adhäriren ebenfalls fester als gewöhnlich an der Oberfläche des Pons und verlängerten Markes und zeigen eine bemerkenswerthe Dislocation, eine Verschiebung nach links, dergestalt, dass die rechte Art. vertebralis bis über die longitudinale Mittellinie hinausgerückt ist und sich auf der linken Hälfte der vorderen-unteren Oberfläche der Medulla oblongata befindet, während die linke um ebensoweit von der seitlich-vorderen Oberfläche der Medulla oblongata entfernt erscheint; geringer, aber doch noch merkbar, ist die Dislocation der Art. basilaris von der Mitte der vorderen Pons-Oberfläche ebenfalls nach links. — Auf der convexen Oberfläche der grossen Hemisphären ist die Adhärenz und Trübung der Arachnoidea viel weniger ausgedehnt und viel weniger deutlich ausgesprochen. Die Substanz des Gehirns im Allgemeinen blutarm, blass; graue Substanz in den der Mittellinie nahe liegenden Windungen der Convexität stellenweise etwas fleckig, innere Schicht der Corticalis blass-fahlgelblich gefärbt; weisse Substanz des grossen Gehirns ziemlich fest, trocken, fast sklerotisch, der vordere Theil des Ammonshorns härter als gewöhnlich. Ventrikel mit klarem Serum gefüllt, Ependym etwas verdickt, fein granulirt. Zirbel und Commissuren von guter Consistenz, Hypophysis derb. — Cerebellum und Ependym des vierten Ventrikels etwas weich; letzteres von trübem Aus-

sehen. — Im rechten Auge vorderer Kapselstaar, bedingt durch eine anscheinend knorpelig-fibröse Auflagerung von 1—2½ Millim. Durchmesser in der Flächenausdehnung.

Brusthöhle. Herz klein, contrahirt, fettarm, kirschrothes Blut enthaltend. Lungen durch einige Adhäsionen an die Brustwandungen angeheftet, Hypostase, mässig stark ausgeprägte Melanose, Bronchialkatarrh.

Bauchhöhle: Milz durch eine 6—7 Millim. dicke fibröse Auflagerung an der hinteren Seite festgewachsen. Linke Niere etwas atrophisch und auffallend platt. Leber-Venen mit flüssigem Blute gefüllt. Magen, Darmkanal und Harnblase ohne bemerkenswerthe Abnormitäten.

Epikrise. Auch auf diesen Fall können wir die Worte *Guislain*'s anwenden: „Ce n'est point l'exaltation des phénomènes intellectuels que vous trouverez ici au fond de la maladie, ainsi que nous venons de le voir pour la manie. Nous avons à noter dans la folie des actes empreints de bizarrerie, de singularité, parfois d'une grande cruauté, des actes exécutés froidement, en l'absence de tout motif ou d'une passion réelle“ (Leçons orales I. 225). Unter den pathologisch-anatomischen Veränderungen sind hier diejenigen der Basis von dem grössten Interesse. Es ist wahrscheinlich, dass dieselben Residuen eines vielleicht schon in früher Kindheit bei dem K. aufgetretenen basilar-meningitischen Processes sind. Die Localisation der Veränderungen erinnert einigermaassen an Cerebrospinalmeningitis, deren Exsudate bekanntlich auch gerade in der Gegend des Pons und des Chiasma nerv. optic. besonders reichlich vorhanden zu sein pflegen und in deren Verlaufe auch eine Affection der Augen nicht selten ist. Doch lässt sich Bestimmteres hierüber bei dem Mangel aller Nachrichten über die Entwicklung der Krankheit nicht eruiren. Bemerkenswerth ist, dass auch in diesem Falle Mikrocephalie bestand; es war hier der Längsdurchmesser des Schädels, von der Glabella bis zur grössten Wölbung des Hinterhaupts, sogar noch geringer als bei der Natalie X., nämlich 16,62 Cm., mithin um 0,71 geringer als der mittlere Längsdurchmesser der von *Virchow* gemessenen Mikrocephalen-Schädel (17,33 Cm.). Die grösste Breite 13,73 ist zwar um 0,66 Cm. grösser als bei der Natalie X., indess im Verhältniss zur Norm noch immer auffallend gering, ebenfalls geringer als bei den Mikrocephalen (14,00) und Oxyce-

phalen (13,75). Allerdings gestaltet sich bei dem K., wenn man die allgemeine Kleinheit des Körpers in Betracht zieht, die proportionale Schädelgrösse weniger ungünstig als bei der Natalie X.; immerhin aber bleibt die Kleinheit des Schädels eine Abnormität; denn ein abnorm kleiner Schädel wird doch nicht dadurch, dass er auf einem kleinen Körper sitzt, normal; K. war aber bei seinem Tode 27 Jahre alt, während Natalie X., als sie starb, im 18. Lebensjahre stand.

Wenngleich es gewagt wäre, aus der Analogie und Uebereinstimmung, welche diese beiden Fälle in manchen Beziehungen darbieten, sogleich in definitiver Weise allgemeine Gesetze zu abstrahiren, so habe ich die in denselben constatirten Verhältnisse doch für interessant genug gehalten, um sie den Annalen der Geschichte dieser noch in so tiefes Dunkel gehüllten psychischen Anomalien einzuverleiben. Wie gering man auch über den Werth dieser Mittheilungen denken mag, — sie dürfen wenigstens vor vielem Anderen, was über Pyromanie geschrieben ist, auf den Vorzug Anspruch machen, dass sie auf dem Boden der Thatsachen stehen.

V. Specielleres über die zur Brandstiftung disponirenden psychologischen Momente. Ueber sogenannte organische Reflexe und deren Einfluss auf das Vorstellen. Feurige Visionen und Träume, hervorgerufen durch bestimmte organische Processe; ihr Vorkommen bei Geisteskranken während congestiver Exacerbationen, namentlich im Verlaufe der paralytischen Geisteskrankheit und bei menstrualen Fluxionen. Zwangs-Vorstellungen analogen Inhalts durch analoge Zustände bedingt. Brandstiftungen, verübt unter dem Einflusse starker Cerebral-Congestionen. Intercurrenz feuriger Visionen und Zwangs-Vorstellungen in forensischen Fällen von Brandstiftung.

Es bleibt nun noch übrig, mit Bezug auf den ersten Fall die Frage zu berühren, welche Ursachen dem bei der Natalie X. vorhandenen krankhaften Impulse zur Verübung von verkehrten und schädlichen Handlungen besonders häufig gerade die specielle Richtung zum Feueranlegen gegeben haben?

Hat hier ein blosser Zufall sein Spiel getrieben? oder die Gunst des Augenblicks und die Gelegenheit der Umstände? Oder ist die Hallucination das leitende Princip und dirigirende Motiv gewesen? Und wenn dieses der Fall — wodurch ist es bedingt, dass sich gerade diese bestimmten Hallucinationen gebildet haben, woher kommen gerade die Vorstellungen von Feuer und Brandstiftung, um den Inhalt imperativer Hallucinationen zu bilden? Liegt die Ursache lediglich in gewissen Vorgängen oder Zuständen des Organismus selbst? — oder rührt die Prävalenz gerade dieser Brand-Vorstellungen — nach dem Gesetze der Gewohnheit und des Gedächtnisses — lediglich davon her, dass gerade diese Vorstellungen besonders häufig durch die sinnliche Wahrnehmung u. s. w. erregt und daher der unbewussten Gedächtniss-Reproduction besonders geläufig geworden sind? dass sie durch die öftere Wiederholung überhaupt leichter erregbar geworden, zugleich in höherem Grade die Aufmerksamkeit und das Interesse erregt haben, so dass sie sich bei jeder Gelegenheit gleichsam automatisch, unwillkührlich, ja selbst gegen den Willen aufdrängten (Zwangs-Vorstellungen) in ähnlicher Weise wie sich Angewöhnungen des Benehmens und bestimmte Redensarten bei einzelnen Menschen stereotypiren? Handelt es sich vielleicht um eine besondere hereditäre Anomalie auf dem Gebiete der Neigungen und Triebe, um gewisse instinctive Charaktereigenthümlichkeiten, die sich vererben können, wie gewisse Richtungen des Trieblebens als bestimmte Race-Eigenthümlichkeiten? Oder ist, wie einige ältere Psychologen annahmen, der Trieb zum Feuer-Anlegen bedingt durch ein inneres Gelüste, Feuer zu sehen, also durch eine Art Lichthunger? Ist letzterer in einer abnormen Venosität des Blutes begründet, oder ist ein specieller Brandstiftungstrieb vorhanden, eine Pyromania oder Pyromonomania im engeren Sinne, ein krankhafter Feuergeist, der zu gewissen Zeiten in gewissen Menschen sein Wesen treibt, ohne dass man recht weiss, von wo er kommt und was er ist, den man nur aus seinen Wirkungen kennt als ein unbekanntes dämonisches Agens?

Von allen diesen möglichen und unmöglichen Erklärungs-

Arten ist die Annahme eines als Motiv zum Brandstiften wirkenden Lichthungers wohl die allerunglücklichste und gegenwärtig wohl keiner Widerlegung mehr bedürftig: Lichthunger haben wir wohl Alle; aber zur Befriedigung desselben bedarf es keiner Brandstiftung am hellen Mittage, wie sie z. B. die Natalie X. wiederholt verübt hat. Dass es der letzteren in Wirklichkeit gar nicht um den Anblick des Feuers zu thun war, zeigt sich eclatant genug in der Art und Weise, wie sie bei den zwei in der Anstalt verübten Brandstiftungen zu Werke ging. Mit ebenso wenig Grund, glaube ich, würde man sich auf den Zufall berufen dürfen: hiergegen spricht sowohl die Zahl der verübten Brandstiftungen, als auch die zu deren Vollführung aufgewendete Ueberlegung und Verschlagenheit, endlich auch das trotz aller Hindernisse sich geltend machende Bestreben der Natalie X., sich in den Besitz von Zündhölzchen zu setzen. Eine reine Monomanie liegt aber so wenig vor, dass man im Gegentheil aus embarras de richesses kaum im Stande ist, für die Seelenstörung der Natalie X. eine erschöpfende, sämmtliche psychische Anomalien derselben umfassende Bezeichnung zu finden.

Mehr Gewicht ist auf die durch Lebensgewohnheiten bedingte Prävalenz und Geläufigkeit gewisser Vorstellungen und Vorstellungsreihen zu legen. Auch *Griesinger* erklärt die specielle Richtung des Brandstiftungstriebes daraus, dass sich den Individuen, bei denen der Trieb bisher ausschliesslich beobachtet worden, das Feuer „mit dem sie auch sonst viel umzugehen haben“ als nächstes und leichtestes Mittel zur Befriedigung des Triebes darbietet, eine äussere That von negativem zerstörenden Charakter auszuführen. Es ist das gewiss ganz richtig. Man erwäge nur, wie die weiblichen Dienstboten nicht allein den Tag über viel mit dem Feuer zu thun haben, sondern dass das „Feuer-Anlegen“ in der Regel zu ihren ersten Obliegenheiten am frühen Morgen gehört und der Gedanke: „Du musst nun Feuer anlegen“ schon unter normalen Verhältnissen in Folge der langen Gewohnheit mehr weniger unwillkührlich zum Bewusstsein erregt wird, und dass dergleichen Dienstboten daher häufig mit diesem Gedanken einschlafen und erwachen. Eine ähnliche Bewandt-

niss mag es mit dem Triebe der Natalie X. haben, sich oder Andere mit schneidenden oder stechenden Werkzeugen zu verletzen. Die Vorstellung des Schneidens und Stechens konnte ihr, da ihr Vater Fleischer war, nicht fern liegen ebensowenig wie der Gedanke einen Hund los zu lassen und auf Leute zu hetzen.

Freilich dürfte das eben geltend gemachte Moment gerade hinsichtlich der Vorstellung des Feuer-Anlegens bei der Natalie X. weniger zutreffend erscheinen als in manchen anderen von Dienstmägden und ähnlich situirten Personen verübten Brandstiftungen, da die Natalie X. hier in der Anstalt sehr selten Gelegenheit hatte ein Feuer im Ofen resp. in der Theeküche zu sehen. Auch im Allgemeinen kann ich mit der eben erwähnten Erklärung die Sache nicht für vollständig erledigt ansehen, halte es vielmehr nicht für überflüssig, dieselbe auch noch von anderen Gesichtspunkten aus zu betrachten.

Es lässt sich nicht in Abrede stellen, dass gewisse innere Zustände des Organismus Reflexe auf das Vorstellungsleben ausüben, mit a. W., dass gewisse organische Zustände resp. Vorgänge das subjective Entstehen von bestimmten Vorstellungen begünstigen resp. bedingen können. Es ist diess nicht etwa eine Hypothese, sondern eine auf Thatsachen gegründete Erfahrung. Etwaigen Zweifeln gegenüber möge mir gestattet sein, einige Beweisfälle nach fremden und eigenen Beobachtungen zu citiren.

Ein recht instructiver und gut beglaubigter Fall findet sich schon bei *Griesinger:* Ein Mann sieht unterwegs bei Mondschein plötzlich ein drachenartiges Thier und fühlt sich von demselben an der rechten Schulter sehr schmerzhaft gepackt: unmittelbar darauf bildet sich bei ihm eine rechtsseitige Pleuritis (*Griesinger* l. c. S. 106).

Eine ähnliche Beobachtung habe ich selbst vor einer Reihe von Jahren zu constatiren Gelegenheit gehabt: Ein im Allgemeinen gesunder junger Mann empfindet eines Abends kurz vor oder im Einschlafen einen dem Alpdrücken ähnlichen Zustand zugleich mit der lebhaften Vorstellung resp. Empfindung, als wenn ein Hund sich dem Bette nähere und mit seiner Schnauze die rechte Schulter berühre. Ein oder zwei Tage darauf stellten sich bei demselben Symptome einer Perihepatitis ein mit dem bekannten rechtsseitigen Schulterschmerz.

Heermann schlief mit Kolik ein und träumte alsdann, es werde ihm der Bauch aufgeschnitten und sein Sympathikus präparirt.

Arnaud Villeneuve träumte, er werde von einem Hunde ins Bein gebissen: wenige Tage darauf brach ein krebsiges Geschwür an dieser Stelle auf.

Eine ähnliche Vorempfindung hatte Gesner, welchem träumte, er werde von einer Schlange verwundet und bei welchem kurze Zeit darauf ein tödtlicher Anthrax an der Stelle des vermeintlichen Schlangenbisses ausbrach.

Verschiedene Nervenfieber, Convulsionen der Kinder und die idiopathischen Apoplexien kündigen sich oft durch vorgängige Träume an und in einzelnen Epidemien hat man Träume als constante Vorboten beobachtet. (*Macario*, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. IV. 656.)

Galen kündigte eine kritische Hämorrhagie bei einem Kranken an, welcher „rothe Traumgesichter" hatte.

In seiner interessanten Abhandlung „Des Rêves, consid. s. l. rapp physiol. et patholog." theilt *Macario* noch eine Anzahl ähnlicher Beobachtungen mit, auf welche hiemit hingewiesen sein möge (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie IV. S. 651—659. — Annal. méd.-psych. VIII 1846 Sept. u. IX 1847 p. 27—48). Er bemerkt, dass Congestionen und gewisse Hämorrhagien sich namentlich häufig durch Träume von Feuersbrünsten und Blut- und Mordscenen ankündigen: „Les congestions sanguines, certaines hémorrhagies sont souvent annoncées par des songes particuliers caractéristiques. Ce sont des incendies, des spectacles sanglants, des scènes de meurtres et de carnages qui troublent le sommeil des personnes qui vont en être atteintes." (L. c. IX p. 30).

Feurige Visionen und Träume von Brand kommen nun auch bei Geisteskranken nicht gerade selten vor. Am häufigsten und lebhaftesten habe ich sie bei paralytischer Geisteskrankheit während der congestiven Periode, dann auch häufig bei Hysterischen und bei jugendlichen Individuen während Menstruationsstörungen oder kurz vor der Menstruation, überhaupt bei Anomalien in der sexuellen Sphäre beobachtet.

Aus einer grösseren Reihe eigener Beobachtungen hebe ich folgende hervor:

1. Beobachtung. Bei einem an paralytischer Geisteskrankheit (Grössenwahn mit bald nachfolgender allgemeiner Parese) leidenden jungen Manne von 28 Jahren stellt sich, während er sich im Zustande der Remission (Stupor mässigen Grades) befindet und an Diarrhoe leidet, plötzlich am 31. Juli 1859 ein starker Frostanfall ein, mit nachfolgender Fieberhitze, Stuhlverstopfung und Cerebralcongestion. Es entwickelt sich Meningo-Periencephalitis subacuta, in deren Verlaufe am 18. August lebhafte feurige und blutige Sinnesdelirien auftreten: Pat. erblickt grosse Schaaren von

Soldaten auf dem Felde, hört Kanonendonner, sieht Blut in Strömen fliessen und die Steinkohlenhaufen auf dem Hofe der Irrenanstalt in feuriger Gluth. Auch Nachts wird er von feurigen Visionen beunruhigt und durch das scheinbare Schwanken der Zimmerdecke geängstigt. Diese Symptome dauern mit geringen Modificationen bis zum 28. August fort, an welchem Tage mit einem starken Frost-Anfalle ein Wendepunkt eintritt, insofern die Symptome eines schweren dysenterischen Processes mit stark bluthaltigen Ausleerungen und starkem Nasenbluten in den Vordergrund der Erscheinungen treten. Zugleich macht sich aber auch in dem Charakter der Psychose eine frappante Veränderung geltend: an Stelle der allgemeinen und unbedingten Euphorie und des Grössenwahns treten Affecte der Furcht und Angst und dem entsprechende Wahn-Ideen feindlicher Einwirkungen verschiedener Art: insbesondere anomale Sensationen auf dem Gebiete des Gemeingefühls, die dann als Elemente eines hypochondrischen resp. Verfolgungswahns dienen. Die durch den Ruhr-Process im Unterleibe bedingten Bauch-Schmerzen reflectiren sich im Bewusstsein des Patienten als Wahn-Vorstellungen, z. B. als Vorstellung es seien Würmer und Schlangen in seinem Leibe, welche an seinen Gedärmen nagten. Diese Vorstellungen drängen sich während der ganzen Dauer des dysenterischen Processes immer wieder vor, wohingegen eigentliche Grössen-Ideen und feurige Visionen nicht mehr beobachtet werden. Tod im September in Folge einer zu den schon bestehenden schweren Leiden sich hinzugesellenden linksseitigen lobulären Pneumonie. — Die Section ergiebt ausser den pneumonischen und dysenterischen (die ganze Länge des Colon betreffenden) Veränderungen als wichtigsten Befund die Zeichen einer Leptomeningitis mit strangförmigen und knotigen Verdickungen in den Sulcis der Hirnoberfläche, Erweiterung der Gefässe der Substanz des grossen Gehirns, die in Folge dessen auf dem Durchschnitt wie siebartig durchlöchert erscheint, — ferner Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit in den Ventrikeln und an der Hirnoberfläche, Integrität des kleinen Gehirns.

2. Beobachtung. Eine an Trübsinn und hysterischen Nervositäten leidende Kranke von c. 20 Jahren erzählte selbst, dass sie vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt einmal ohne rechte Veranlassung und heimlicher Weise einen auf ihrem Zimmer stehenden Stuhl angesengt habe; sie habe nachher vorgegeben, dass dies durch einen Zufall geschehen sei. Dieselbe Kranke hatte hier einmal in der Nacht, welche dem Eintritte der Menstruation vorherging, einen so lebhaften Traum von vermeintlich stattgehabtem Feuer, dass sie sich noch am anderen Morgen bei mir speciell darnach erkundigte, ob es in Wirklichkeit gebrannt habe oder lediglich ein Traum gewesen sei. Mehrmals machten sich bei derselben in den hysterischen Krampfparoxysmen auch Funkensehen und feurige im Gesichtsfelde auftretende Kugeln geltend.

3. Beobachtung. J. A. Schm. (H. R. 922) Seelootse, 45 Jahre alt,

in die hiesige Irren-Anstalt aufgenommen den 13. April 1867 mit den Symptomen der paralytischen Geisteskrankheit. Heftige Tobsucht, Grössenwahn, Cerebral-Congestionen; Lähmungs-Erscheinungen nur in der zitternden Sprache angedeutet. Die Geistesstörung hatte sich allmälig entwickelt, angeblich in Folge psychischer Alteration, und nachdem Patient ein Jahr vor Ausbruch der Geistesstörung einen schweren Fall auf den Hinterkopf erlitten hatte. Der Kranke wurde stark gefesselt der Anstalt übergeben; an einzelnen Stellen der Arme und Beine war die Haut in Folge der furibunden Agitation durchgerieben und hatte sich erysipelatös entzündet. Am rechten Arme bildete sich eine weiter und tiefer greifende sehr heftige Phlegmone, die jedoch bei geeigneter Behandlung (Incisionen und Kataplasmen) allmälig unter ziemlich starker Eiterung heilte und in Bezug auf die Psychose als organische Krisis von günstigem Einflusse war, insofern zugleich mit der Entwicklung des phlegmonösen Processes ein auffallender Nachlass der Symptome der Geistesstörung eintrat. Diesem folgte bald eine Remission, die so vollständig erschien, dass Pat. versuchsweise entlassen werden konnte. — Das Leben ausserhalb der Anstalt führte jedoch sehr bald wieder zu einer neuen Exacerbation: schon nach 18 Tagen (29. Mai 1868) wurde der Kranke im Zustande ausgeprägtester Tobsucht und mit deutlichen Zeichen starker Cerebralcongestion der Anstalt wieder zugeführt.

Bald nach der Aufnahme traten bei dem Kranken unter Fortdauer der Congestions-Erscheinungen und Steigerung der tobsüchtigen Aufregung Illusionen und Gesichtstäuschungen auf, welche durch ihre constante Beziehung zu Blut und Feuer in höchstem Grade charakteristisch und auffallend waren. Dabei ausgeprägtes Grössendelirium und starker Ptyalismus. Der Kranke spuckte fast in Einem fort, indem er erklärte: „Das ist Blut," warf dabei aber nur ganz gewöhnlichen Speichel aus. Ebenso erschienen ihm die gelblichgrauen Wände seiner Zelle blutroth, er behauptete, dieselben seien blutroth angestrichen.

Inmitten dieser tobsüchtigen Agitation und blutigen Illusionen trat am 7. Juni Nachmittags ein apoplektiformer Anfall ein; der Mund erschien in Folge dessen nach links verzogen. In den nächsten Tagen machten sich auch feurige Visionen bemerklich, wie folgender Auszug aus dem Krankenjournal zeigt:

9. Juni: Patient ist noch aufgeregt, Gesicht noch congestionirt, sieht Feuer in seiner Nähe, hat auch eine Vision seiner Frau gehabt.

10. Juni.: Verhalten etwas ruhiger.

11. Juni: Feurige Gesichtshallucinationen und lebhaftes Grössen-Delirium; Patient sieht Spiritus in seiner Zelle brennen, nennt sich Admiral, commandirt und tobt in Einem fort.

12.—15. Juni: Tag und Nacht feurige Erscheinungen. Fortdauer der Tobsucht. Patient sieht angeblich, wie Menschen in seiner Zelle begraben werden, hört Jammern u. dgl. m.

16. Juni: Athembeengung und Beängstigung.

17. Juni: Patient sieht das Bett, in dem er liegt, brennen, sagt, er sähe ja auch den durch den Brand entstandenen Rauch, behauptet zuweilen auch, es seien in seinem Bette Frauenzimmer verborgen.

18.—24. Juni: Weitere Entwicklung des Grössenwahns: Patient ist Grossadmiral sämmtlicher Flotten Europa's, erhält von der Königin Victoria täglich 3000 Pfund Sterling u. dgl. m.

24. Juni: Starke Beängstigungen.

25.—30. Juni: Remission. Nachlass der Tobsucht bei Fortdauer des Grössenwahns.

Anfang Juli: Neue Exacerbation der Tobsucht. Patient sieht wieder fast anhaltend Feuer und Blut; ausserdem auch die Gestalten seiner Frau und anderer Mitglieder seiner Verwandtschaft.

7. Juli: Der Kranke behauptet, es brenne über und unter ihm in seinem Bette, ja sogar in seinem eigenen Leibe.

Auch in den folgenden Wochen waren feurige Hallucinationen häufig. Bei der Section zeigten sich die Veränderungen diffuser Meningo-Periencephalitis, feine Pseudomembran auf der Dura mater, Trübung und Verdickung der weichen Häute.

Aber es ist nicht allein das Gebiet der Sinnesdelirien, auf welchem bei den Kranken der genannten Art die Beziehung zu Feuer und Blut in oft auffallender Weise hervortritt: einer ähnlichen Prävalenz begegnen wir auch auf dem Gebiete des reinen Vorstellens. Schon seit längerer Zeit ist mir aufgefallen, dass viele paralytische Geisteskranke gerade während des congestiven Stadiums mit besonderer Vorliebe bei Schilderung blutiger und feuriger Scenen verweilen und dass bei denselben nicht allein Halluzinationen von Feuer und Blut sondern auch analoge Vorstellungen unter vielen andern prävaliren, sich dem Bewusstsein aufdrängen und in das Gewebe des Grössenwahns verflochten werden. Bald sind es grässliche Scenen aus dem Verbrecherleben, Mordgeschichten und dergleichen, welche historisch reproducirt und ins kleinste Detail ausgemalt werden, bald schildern die Kranken mit viel Behagen imaginäre Verwundungen und Operationen die sie selbst erlitten resp. erduldet haben. So recitirte ein Paralytisch-Blödsinniger u. A. besonders gern die imaginäre Geschichte einer erlittenen Verwundung, behauptete durch eine Kanonenkugel sei ihm die Schädelkapsel weggerissen und er trepanirt worden; eine gleichfalls an paralytischer Geisteskrankheit leidende Frau schilderte mit grossem Behagen ihre angeblich

eben stattgehabte Entbindung, bei welcher das Kind durch Operation zerstückelt worden sei: bei einer andern Paralytica traten im Stadium congestiver Hirnreizung besonders blutige und martervolle Wahnvorstellungen hervor; sie erzählte z. B. unter Zeichen grosser Rührung, dass man ihrem Sohne die Augen ausgestochen und denselben nackt Spiessruthen habe laufen lassen, wobei er ganz blutig gepeitscht worden sei. Bei einem ebenfalls mit deutlichen Hirncongestionen behafteten Kranken mit unvollkommener Paresis und ausgeprägtem Grössenwahn spielte neben den edelsten, die ganze Welt umfassenden philanthropischen Absichten und Tendenzen eine besonders grosse Rolle auch die Idee, seine Vaterstadt Danzig total einzuäschern und mit dem dabei zu gewinnenden Eisen von Neuem wieder aufzubauen. Ein anderer Paralytisch-Geisteskranker mit Grössen-Ideen schwelgte förmlich in dem Gedanken des Bluttrinkens, documentirte in seinen Aeusserungen einen wahrhaft kannibalischen Blutdurst, erzählte u. A. mit grossem Behagen er erschiesse täglich ein paar Dutzend Menschen lediglich um ihr Blut zu trinken und sich Blutwürste davon machen zu lassen.

Dass Feuer und Brand auch bei anderen als paralytischen Formen der Geistesstörung den Inhalt von Wahnvorstellungen bilden und in charakteristischer Weise vor anderen Beziehungen prädominiren können, mögen folgende Beispiele darthun, in welchen die Verbrennungs-Ideen durch ihre Prävalenz und Constanz dem gesammten psychischen Krankheitsbilde ein besonderes Gepräge geben, wenngleich sie nicht in der imperativen Form, sondern in anderen Modis, in anderen Beziehungen und Combinationen im Seelenleben zur Geltung kommen.

4. Beobachtung. Verbrennungs-Ideen, als prädominirender Wahn bei Puerperalmanie lange Zeit persistirend, nach Regelung der Menstruation zurücktretend. Im weiteren Verlaufe wirklicher Brandstiftungsversuch. Hallucinationen als Krankheits-Residuen. Heilung nach Gebrauch von Opium, Eisen und unter den Symptomen intermittirender Febricitationen.

Auguste B—a, 29 Jahre alt, evangelisch, seit 10 Jahren verheirathet, Mutter von sechs Kindern, erkrankt nach der am 12. December 1859 erfolgten Niederkunft im Wochenbett am 21. Januar 1860 in Folge einer

durch einen Brief veranlassten Gemüthsbewegung an furibunder Puerperalmanie. Hauptsächlichste Symptome: Ungeheure Beängstigung, Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung, unaufhörliche Agitation, Zerstörungssucht, Ideenflucht, Delirium mit einzelnen religiösen Wahnvorstellungen und mannichfach variirte Wahn-Ideen der Verbrennung ihrer Kinder und ihres Mannes. (Ihre Kinder brennen im Ofen, das ihr gereichte Essen ist brennendes Feuer u. s. w.)

Aufnahme in die Anstalt Schwetz am 29 Januar: Furibunde, durch ängstliche Agitation und Verbrennungswahn charakterisirte Manie; starker Foetor ex ore; Nahrungsverweigerung: beinahe acht Tage lang hat Patientin nicht die geringste Nahrung zu sich genommen und ist in Folge davon in hohem Grade abgemagert; nur mit Mühe gelingt es, der jeder Nahrungs-Einnahme sich widersetzenden Patientin einen Becher Milch einzuflössen; auch in den folgenden Tagen muss dieselbe gefüttert werden, da sie bei der Idee verharrt, das ihr gereichte Essen sei keine Speise, sondern brennendes Feuer. Lochienfluss blutig, Schlaf mangelnd, Febricitation mässig.

Weiterer Verlauf: Allmälige Besserung des somatischen Zustandes bei Fortdauer der tobsüchtigen Agitation und des ängstlichen Deliriums. Unter den mannichfachen in rascher Ideenflucht- und Ideen-Association sich entwickelnden Wahn-Vorstellungen sind vor Allen die Ideen von Verbrennung ihrer Kinder, ihres Mannes sowie ihres eigenen Körpers vorwaltend. Dieselben drängen sich trotz mannichfacher Abschweifungen mit auffallender Constanz und grosser Intensität immer wieder in den Vordergrund des Bewusstseins und geben nicht allein dem Delirium als solchem die eigentliche Signatur, sondern auch, da sie Stimmung und Strebung der Patientin vollständig beherrschen, dem Gesammtzustande das eigenthümliche Gepräge agitirter Melancholie. Von den damals von mir wörtlich niedergeschriebenen Aeusserungen der Patientin möge hier gleichsam zur Probe ein kurzer Passus folgen: „Mein Vater hat meine Kinder in den Ofen geworfen, mein Mann den Kindern heisse Bouillon eingegeben, ist mein Mann auch hier im Ofen? O! retten Sie doch meine Kinder, die verbrennen ja! Gehen Sie doch und retten Sie! Kaltes Wasser! Wasser! Wasser! Wasser; Nehmt doch meinen Mann heraus! Nehmt ihn doch heraus! Lasst Euch doch erbarmen! Meine Augen sind weg, sind verbrannt. Wasser! Wasser! Wasser! Mein Gesicht hat mein Bruder mit Vitriol beschmiert! Nehmt doch meine Kinder heraus! Wasser! Wasser! Wasser! u. s. w." Auf die Frage: „Haben Sie schon zu Mittag gegessen?" erwiderte sie: „Nein, bloss Feuer habe ich bekommen." In analoger Weise mannichfach varriirt kommt das Thema der Verbrennung immer wieder zur Geltung und in den Reden der Patientin zur Aeusserung.

Die Verbrennungs-Ideen dauern in fast unveränderter Intensität fort bis zu der etwa Ende März 1860 erfolgenden Wiederkehr der Katamenien. Bemerkenswerth ist, dass diesem Wieder-Eintritt der Menstruation als Vorboten unmittelbar vorhergingen: Nei-

gung sich zu entkleiden, Trieb Andere zu schlagen oder sonst zu vergewaltigen. Aehnliche Symptome werden auch bei der zunächst folgenden Menstruations-Periode am 19. April beobachtet. Bald nach Eintritt der Periode macht Patientin nämlich u. A. plötzlich einen gefährlichen Anfall auf eine Wärterin; am 24. April erfolgt bei der Patientin ein ziemlich reichlicher blutiger Stuhlgang.

In den folgenden Monaten, ungeachtet mancherlei Schwankungen im Allgemeinen, doch allmäliger Nachlass der tobsüchtigen Agitation bei unveränderter Fortdauer mannichfacher Hallucinationen und hallucinatorischer Träume (Patientin sieht z. B. Zähne aus der Wand des Zimmers hervorwachsen, feurige Licht-Erscheinungen, Teufelstänze). Von Anfang October bis Ende Dezember 1860 methodischer Gebrauch des Opiums in steigender Dosis bis zu 81 Tropfen der Tinct. Opii crocata pro dosi Abends. Hiernach Besserung des psychischen und somatischen Befindens, namentlich des Schlafes.

Im Jahre 1861 langsamer Fortschritt zur Besserung. Patientin erscheint soweit beruhigt, dass sie sich mit Handarbeiten beschäftigen kann. Intercurrente Aufregungsparoxysmen, auch melancholische Stimmungen. Anfang Januar äussert Patientin: Sie sei halbverwest, könne nicht leben, müsse sich den Hals abschneiden. Nachts sieht sie ihre Kinder auf ihrem Kopfe tanzen; wähnt ihre Kinder seien verbrannt oder würden verbrannt werden. In schlaflosen Nächten oder im hallucinatorischen Schlummer erscheinen sehr oft schreckhafte Gestalten vor ihrem Auge, namentlich Teufelsfratzen; sie träumt auch wohl, dass Teufel tanzen, während sie selbst dazu die Orgel spielt.

In diese Zeit (Mitte Januar 1861) fällt auch ein wirklicher Brandstiftungs-Versuch der B. Dieselbe versucht nämlich eines Nachts sich des oben auf dem Ofen stehenden Nachtlämpchens zu bemächtigen um damit, wie sie unverhohlen äusserte, Alle zu verbrennen.

Im Februar kurzer Rückfall, charakterisirt durch grosse Verworrenheit und innere Unruhe, veranlasst durch einen Besuch des Vaters. Nach einigen Wochen Beruhigung. Sinnestäuschungen noch fortdauernd, jedoch in geringerer Intensität und Ausdehnung hauptsächlich noch auf dem Gebiete des Gesichtssinnes auftretend. Mannichfache Visionen barocker und grässlicher Art. Patientin sieht z. B. ihre Kinder mit abgeschnittenen Hälsen, zerstückelt und mit Seide wieder zusammengenäht, Teufelstänze, allerlei Köpfe und Visagen.

Im Laufe des Jahres 1862 weitere Beruhigung. Gesichtshallusinationen noch fortdauernd, jedoch insofern schwächer, als sie Stimmung und Vorstellen der Patientin weniger als sonst influiren und Seitens der Kranken allmälig als objectiv nicht begründete Krankheitssymptome subjectiver Bedeutung erkannt werden. Zuletzt treten die Hallucinationen des Gesichts nur noch bei geschlossenen Augen auf, oder im Traum. Sobald Patientin das Auge schliesst, erscheinen mannichfache Bilder im Gesichtsfelde, namentlich aber viele Köpfe und Gesichter von Menschen.

Nachdem sich im weiteren Verlaufe noch Febricitationen intermittirenden Verlaufs eingestellt hatten und entsprechend behandelt worden waren, machte die Besserung sichtliche Fortschritte. Der Gebrauch einer Mineralbrunnenkur hier in der Anstalt (Driburger Eisenwasser) diente zur weiteren Befestigung des Gesundheitszustandes, so dass Patientin im Juli 1862 als geheilt entlassen werden konnte.

5. Beobachtung. Verbrennungs-Wahn und Hallucinationen bei Melancholia agitans resp. Daemonomania in Folge Masturbation und Suppressio mensium. Heilung nach Wiederherstellung der Menstruation und Verbesserung der Ernährung.

Auguste W., Nähterin, 27 Jahre alt, evangelisch, unverheirathet, seit ihrem 18. Lebensjahre menstruirt, erkrankt gegen Anfang Juni 1867 in Folge von Suppressio mensium an Melancholia agitans mit folgendem Wahn: Der Teufel hat Besitz von ihr genommen und ist, wie sie selbst gesehen hat, zum Himmel aufgefahren, nun brennt der ganze Himmel, das Paradies steht in Flammen, alle Menschen müssen verbrennen wie sie selbst bereits allmälig verbrenne durch Pech und Schwefel. — Ihre Mutter hat früher während ihrer Pubertäts-Entwicklung an epileptischen Krämpfen gelitten.

Bei der Aufnahme in die Anstalt zu Schwetz am 2. August 1867 bietet Patientin das exquisite Bild agitirter Melancholie dar: Sie rennt fast beständig in einem Kreise umher, mit dem Ausdrucke höchster Angst im Gesichte, mit nicht geringer Volubilität der Zunge und in unaufhörlichem Redeflusse ihre melancholischen Wahn-Ideen gleichsam maschinenmässig her recitirend: Sie ist die grösste Sünderin, hat sich vom Teufel betrügen lassen und die ganze Welt in's Unglück gestürzt, Alle müssen jetzt in der Hölle brennen, der Teufel hat den Himmel in Brand gesteckt und „schmort Gott", jetzt regiert nur noch der Teufel im Himmel, der jüngste Tag ist in der Nähe, sie selbst ist „eine ausgebrannte Nähmaschine", es ist in ihr Alles verbrannt, sie hat kein Herz mehr, kein Blut, kein Fleisch, keine Seele u. s. w. — Puls beschleunigt, Temperatur erhöht, Gesicht mager, von schmutzig grauem Teint, intercurrent congestionirt, Zunge geröthet, Appetit vermehrt, Stuhlgang retardirt, Menstruation fehlend. Bäder mit kalten Uebergiessungen Anfangs von guter Wirkung insofern sie die Kranke von der intensiven Angst befreien; doch ist die Besserung nicht nachhaltig. Trieb zum Entkleiden. Am 12. August Versuch sich mit einem Tuch zu erwürgen. Digitalis bis zur Retardation des Pulses auf 60 Schläge in der Minute, ohne wesentliche Wirkung. Agitation fortdauernd und trotz guten Appetits keine oder nur sehr geringe Zunahme des Körpergewichts. Längerer Gebrauch von Natr. bicarbon. mit Mellag. gram., sodann Pillen aus Opium, Aloe, Ferrum und Myrrha. Hiernach Eintritt der Menstruation im Juli 1868 und regelmässige Wiederkehr derselben. Trotz Regelung der Menstruation nur geringe Besserung, insofern die Intensität der Agitation etwas nachlässt. Doch läuft Patientin noch öfters im Kreise umher, wo

möglich barfuss, unzählige Mal ihre Wahn-Ideen, aber auch Lieder und Verse verschiedenen Inhalts in monotoner Wiederholung herleiernd. Visionen vom Teufel ziemlich häufig, namentlich im Traume. Der Verbrennungswahn auch noch im Jahre 1869 vorherrschend.

Am 15. Juli des genannten Jahres erzählt Patientin, sie habe in der Nacht vom Untergange der Welt geträumt, auch gesehen, wie zwei grosse Feuerströme, vom Himmel herunterfallend die ganze Welt in Brand gesetzt hätten. Diese traumhaften Visionen von zwei grossen Feuerströmen traten bei ihr gleichzeitig mit den Katamenien auf. Wie Patientin berichtet, hat sie ähnliche Traumgesichter schon öfter gehabt, ob auch jedesmal zur Katamenialperiode, liess sich nicht genügend feststellen. Allen Ernstes wird von ihr öfters die Behauptung geäussert, sie selbst habe die Welt an vier Ecken in Brand gesteckt.

Eine wirkliche Wendung zur Besserung mit nachhaltiger Dauer liess der Zustand der Kranken eigentlich erst gegen Ende des Jahres 1869, also nach mehr als zweijähriger Dauer wahrnehmen und zwar allmälig bei gleichzeitiger Zunahme des Körpergewichts. Am 3. Juli 1870 konnte Patientin als geheilt entlassen werden.

6. Beobachtung[1]). Selbstverbrennungstrieb und entsprechende imperative Hallucinationen bei Puerperal-Melancholie. Heilung nach Intermittens, Chinin und Convulsionen. Dor. A. (H. R. 153), 39 Jahre alt, evangelisch, Mutter von 7 Kindern, wird etwa 14 Tage nach der am 25. September 1856 stattgehabten Entbindung ziemlich plötzlich von der Idee ergriffen, sie sei und werde behext von allen zu ihr kommenden Personen; es entwickelt sich negativer Affect und melancholischer Wahn, in welchem die Idee, sie müsse verbrennen, prävalirt. Erbliche Disposition nicht nachzuweisen; Temperament von jeher ängstlich. Statur klein, Ernährungszustand gut. Weihnachten überkommt ihr die Idee, sie müsse mit ihrem Kinde barfuss auf und davon

---

[1]) Eine kurze Erwähnung hat dieser Fall bereits von *Hoffmann* gefunden (Aerztliche Nachrichten von der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz. Aus der Zeit vom 1. April 1855 bis zum 1. Januar 1858 von Dr. *F. Hoffmann*. Zeitschr. f. Psychiatrie XVI. 1. S. 92. H. R. 153). Da dessen Mittheilungen sich jedoch nur auf den Zeitraum bis 1. Januar 1858 beziehen, die interessanten Reconvalescenz-Phänomene aber in eine spätere Zeit fallen, so habe ich die Geschichte dieses Falles ausführlicher mitgetheilt. — Von Interesse dürften die Bemerkungen sein, mit welchen *Hoffmann* die Mittheilung dieses und eines ähnlichen Falles einleitet: „Ein sehr starker Trieb, unwiderstehlich, gleichsam ex analogia uteri parturientis, der aber keinen sexuellen Inhalt zu haben pflegt, wird oft bei den Puerperal-Geisteskranken angetroffen. Es ist als sei ein automatisches Centrum, das nach der Geburt hätte ausgeglichen werden sollen, stehen geblieben und löste von Zeit zu Zeit eine psychische Reflexwirkung aus. Eine solche Disposition erlischt bisweilen plötzlich in einer tumultuarischen Crisis." —

gehen, „man würde kommen sie zu holen, man wolle sie todtschlagen;“ sodann fixirt sich bei ihr die Idee, sie „müsse verbrennen;“ auch macht sich bei ihr anhaltend der Trieb geltend, sich zu entkleiden und vollständig nackt zu bleiben; zu Hause legt sie sich vollständig nackt auf den blossen Fussboden hin und sträubt sich gegen jede Veränderung.

Während ihres Aufenthaltes in der Schwetzer Anstalt vom 3. Februar 1857 bis 11. November 1858 erscheint sie äusserlich meist ruhig und spricht auch, von ihrem Wahn abgesehen, vernünftig. Aber es ist bei ihr die fixe Idee vorhanden, sie müsse in den Ofen, in's Feuer; sie hört Stimmen, die ihr das sagen und hat das Gefühl, als würde sie von fremden Personen oder anderen unsichtbaren Einflüssen in den Ofen geschoben. Fast tagtäglich macht sich der Trieb zum Ofen hin bei ihr geltend; sobald sie in's Freie, d. h. ausserhalb des Bereichs der betreffenden Kranken-Abtheilung kommt, läuft sie nach dem Maschinengebäude, um sich in die Feuerung des Dampfkessels zu stürzen. Ausserdem macht sie sehr zahlreiche Versuche sich selbst zu entleiben durch Erwürgen u. dgl. m. Menostasie bis zum December 1857. Gebrauch von Pillen aus Aloe, Rad. Rhei und Sapon. med. Auch nach Eintritt der Menstruation bis zum Mai 1858 keine wesentliche Besserung. Im Januar: Chinin in Solution, im Ganzen 1 Drachme in etwa 10 Tagen verbraucht. Ohrensausen und Ohrenklingen. Im Februar: Infus. secal. cornut. (2 Dr.) dreimal wiederholt. Blutegel in die Nase, an die Oberschenkel. Im Mai wiederholte Intermittens-Anfälle mit dem Gefühle von Brennen in der Haut. Gebrauch von Chinin. Coincidenz von Menstruation und Intermittens-Anfall. Am 18. Juni starker Fieber-Anfall. Am 20., 23. und 24. Juni 1858 Anfälle sehr heftiger allgemeiner Convulsionen, zum Theil mit Trübung des Bewusstseins. Chininklystiere mit Opiumtinctur. Hiernach Besserung und vollständiges Verschwinden des Selbstverbrennungstriebes. Leicht ausgeprägtes melancholisches Nachstadium und einzelne Symptome der Wieder-Expansion des Selbstgefühls bezeichnen den Uebergang in vollständige und dauernde Genesung. Entlassung am 11. November 1858.

Epikrise. Besonders bemerkenswerth erscheint in therapeutischer Beziehung, dass in diesem sowie in dem sub No. 4 mitgetheilten Falle die Wendung zur Besserung mit dem Auftreten von Intermittens zusammenfiel resp. nach Darreichung von Chinin erfolgte. Ausserdem ist das Auftreten epileptoider Convulsionen, welche als Krisis erscheinen, beachtenswerth. —

Nun ist es aber auch gar nicht so selten, dass im congestiven Stadium der paralytischen Geisteskrankheit wirklich Brandstiftungen verübt werden. In der hiesigen Anstalt wenigstens befanden sich noch vor Kurzem allein aus dem hiesigen Kreise zwei an paralytischer Geisteskrankheit leidende

Patienten mit sehr deutlichen Erscheinungen congestiver Hirnreizung, welche im Stadium tobsüchtiger Aufregung ihre Wohnhäuser in Brand gelegt hatten. Da sich in neueren Lehrbüchern die Angabe findet, dass Brandlegungen Tobsüchtiger selten seien, so möge eine kurze Mittheilung dieser beiden Fälle hier Platz finden.

7. Beobachtung. Michael Sch., 30 Jahre alt, ohne erbliche Disposition, fiel im Februar 1870 bei strenger Kälte, angeblich — 20° R., in das Schwarzwasser, einen Nebenfluss der Weichsel, und versank darin Anfangs bis an den Hals, demnächst bei dem Versuche sich herauszuarbeiten, bis über den Kopf. Nachdem er durch fremde Hülfe herausgezogen, ging er in durchnässten und bald steif-frierenden Kleidern noch bis zu seinem etwa 1 Meile entfernten Wohnorte. Von dieser Zeit an war es mit ihm, wie seine Angehörigen sagten, nicht mehr ganz richtig im Kopfe. Anfangs Mai hörte er auf zu arbeiten und fing an sich ruhelos umherzutreiben. Am 23. Mai zündete er sein Haus an und gab sich ohne Weiteres selbst als den Brandstifter an; zur Rede gestellt, erklärte er, in seinem alten Hause sei er von Flöhen und Wanzen molestirt worden und habe er sich deshalb ein neues dreistöckiges Haus bauen wollen. Sehr bald steigerte sich die Aufregung zu furibunder Tobsucht; es entwickelte sich exquisiter Grössenwahn, Zerstörungstrieb und auch besonders die Neigung, sich die Kleider vom Leibe zu reissen. Beim Eintritt in die hiesige Anstalt zeigte Patient, ebenso wie in der Zeit vorher, die ausgeprägtesten Symptome starker Cerebral-Congestion und Irritation: heissen Kopf, geröthete Augen, fieberhaft beschleunigten Puls, Gefühl grosser Hitze im Kopf. Ausserdem klagte er über Kopfschmerz von der Stirn bis nach dem Scheitel, Sausen im linken Ohr: beide Symptome datirt er von dem Sturze in's Wasser. Die Zunge zeigt beim Herausstrecken eine geringe Deviation nach rechts, die rechte Pupille eine deutliche Dilatation. Auch hier in der Anstalt dauerte die furibunde Tobsucht nebst Grössen-Delirium und intensivem Zerstörungstrieb in unverminderter Heftigkeit fort. Patient klagte über das Gefühl grosser Hitze auf dem Leibe und zeigte fast permanent den Trieb, sich bis zu vollständiger Nacktheit zu entkleiden; gelegentlich behauptete er auch wohl, es brenne auf seinem Kopfe. — Bei der Section am 5. December 1870 fanden sich die Veränderungen einer diffusen Periencephalitis; insbesondere auch eine pachymeningitische Auflagerung auf der inneren Oberfläche der Dura mater, welche oberhalb des linken Frontal-Lappens und noch etwas weiter rückwärts eine continuirliche Pseudomembran bildete und nahe dem Sichelrande ein kleines Hämatom enthielt.

8. Beobachtung. Marie Kruczkowska, Tagelöhnerfrau, am 4. Juli 1867 in die hiesige Irren-Anstalt aufgenommen, c. 45 Jahre alt, zündete im Jahre 1864 mittelst brennender Heede, welche sie unter ihr eigenes Bett warf, das Haus an, in dem sie zur Miethe wohnte. Dasselbe brannte total

nieder. Während des Krankenlagers ihres Mannes nahm sie eine Axt, um damit ihren Mann zu erschlagen, wurde durch die im Zimmer anwesenden Personen indess an der Ausführung ihres Vorhabens gehindert. Ein anderes Mal brachte sie einen Pfahl vom Hofe in's Zimmer und übergab denselben den dort anwesenden Personen mit dem Ersuchen, damit ihren Mann todt zu schlagen. Mehrere Male zertrümmerte sie mit einer Axt die Fenster ihrer Wohnung. In den Aussagen der vernommenen Zeugen heisst es u. A.: „Sie darf schon seit einem Jahre keinen Augenblick mehr allein sein, da ihre grösste Freude zu sein scheint, wenn sie immer mit Feuer umgehen kann, auch öfter mit einer brennenden Kienfackel im Zimmer umherging." Beim Eintritt in die hiesige Irren-Anstalt befand sie sich noch in einem sehr aufgeregten Zustande und zeigte deutliche Erscheinungen von congestiver Cerebral-Irritation, im Uebrigen die Symptome der paralytischen Geistesstörung: intensives Delirium, Grössen-Ideen, tobsüchtige Exaltation, erotische Aufregung, unvollkommene Lähmung der Sprache, insbesondere mangelhafte Articulation bis zur Unverständlichkeit, Tremor der Hände und Finger, eigenthümliche chorea-ähnliche Zitterbewegungen des Kopfes u. s. w. Ueber die Motive der Brandstiftung befragt, antwortete sie „Es war so kalt," ein anderes Mal „Das hat Gott angesteckt;" weiter war aus ihr Nichts herauszubringen. Sie nannte sich „Maria Gott", sagte, „Ich bin Alles", „Ik bin doubbelt." Sie hatte einen im Verhältniss zu ihrem hohen Wuchs auffallend kleinen Schädel; der Horizontal-Umfang ihres Kopfes betrug nur 51 Cm.; auch der verticale Umfang des Kopfes erschien gering, namentlich die Stirn niedrig.

In einem dritten, ebenfalls dem hiesigen Kreise zugehörigen Falle ist es, soweit ersichtlich, zwar nicht zu wirklicher Brandstiftung gekommen; derselbe zeigt jedoch sowohl durch das andauernde Vorwalten eines intensiven Brandstiftungs- und Zerstörungstriebes, als auch wegen der habituellen Cerebral-Congestion so viel Uebereinstimmendes, dass derselbe den vorstehend mitgetheilten angereiht werden kann.

9. Beobachtung. Katharina Dombrowska, Altsitzers-Wittwe, c. 50 Jahre alt, bei der Aufnahme in die hiesige Irren-Anstalt etwa 4—5 Jahre geisteskrank. Die Geistesstörung soll sich nach dem Tode ihres Mannes entwickelt haben. Ausgeprägte erbliche Disposition. Vater und Schwester ebenfalls geisteskrank gewesen. In dem ärztlichen Aufnahme-Atteste heisst es:

„Seit 3 Jahren rennt sie beständig umher, singt und schreit, schläft wenig, beschädigt in den Gärten der Ortschaft Pflanzen, schlägt und stösst Vorübergehende und zündet, wo es nicht gehindert wird, Alles Brennbare an. — Vor wenigen Monaten litt sie in kurzen Zwischenräumen mehrfach an Anfällen, die der Beschreibung nach wohl epileptische gewesen sein mögen." Bei der Aufnahme bot die Kranke folgenden Zu-

stand dar: Hoher Grad von Demenz, Abmagerung, verwildertes Aussehen, permanente Unruhe und Agitation und Zerstörungstrieb. Mässiger Grad von Mikrocephalie, mangelhafte Ohrläppchenbildung, Stirn flach, Hinterhauptsschuppe etwas vorragend. Sprache fast ganz gelähmt. Intercurrente Ophthalmie. — Die Autopsie ergab: bedeutende Schädelhyperostose, ungemein tiefe Gefässfurchen für die Art. meningea media beiderseits, 2" lange Verknöcherung in der Falx, ferner eine sehr dicke, das grosse Gehirn wie eine Kapsel umgebende Pseudomembran mit drei grossen Hämatomen.

Aus den vorstehenden Mittheilungen dürfte sich der Schluss ergeben, dass bei congestiver Tobsucht Brandstiftungen in Wirklichkeit nicht gar so selten sind und dass es leicht sein würde, die Zahl solcher Beobachtungen zu vergrössern. Indessen sind dieselben begreiflicher Weise für die eigentliche sogenannte Pyromanie-Frage von geringerem Interesse.

Denn wenn auch die ganz ungemein grosse Intensität, mit welcher die cerebrale Congestion gerade in diesen durch starken Brandstiftungstrieb ausgezeichneten Fällen sich in den Vordergrund der somatischen Krankheits-Erscheinungen drängte, — einigermaassen bemerkenswerth erscheint, so handelt es sich in ihnen doch nicht um einen mehr oder weniger isolirt resp. prägnant hervortretenden Brandstiftungstrieb, sondern um Exaltationszustände viel allgemeinerer Natur, um allgemeine Erregung mannichfacher, namentlich schädlicher auf Zerstörung gerichteter Triebe und beträchtlicher Ideen-Verwirrung. In den congestiven Stadien der paralytischen Geisteskrankheit, findet eben eine allgemeine Exaltation und Exageration des Trieblebens statt, wie ich dieses bereits in meiner Arbeit „Die paralytische Geisteskrankheit und ihre organische Grundlage[1]) hervorgehoben habe. Ob und in wie weit in ihnen specielle gerade zur Brandstiftung disponirende Momente wirksam gewesen sind, lässt sich nicht entscheiden; möglicherweise ist es in denselben vorwiegend Sache des Zufalls gewesen, dass die Patienten in ihrem furibunden Delirium sich gerade des Feuers bedient haben, um ihren Zerstörungstrieb zu bethätigen.

Ein grösseres und speciellerers Interesse beansprucht diesem gegenüber die Thatsache, dass feurige Visionen

---

[1]) *Virchow*'s Archiv Bd. XXXIV.

und entsprechende Träume resp. analoge Zwangs-Vorstellungen mehrfach auch in solchen Fällen von Brandstiftung eine Rolle gespielt haben, welche in Anfällen geistiger Störung von mehr partiellem, episodischem Charakter ausgeführt worden sind.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich u. A. folgende Fälle gefunden, welche ich auszugsweise mittheile:

1. Pierre Jacquinot, 25 Jahre alt, Blödsinn. Brandstiftung aus Unzufriedenheit. (Beob. v. *Girard* in d. Annal. méd.-psychol. IX. 1847 p. 71, mitgetheilt v. *W. Jessen* loc. cit. S. 159.) Inculpat berichtete in Bezug auf sein Befinden vor der That Folgendes: Er litt an einem Furunkel auf dem Rücken, an Hitze im Kopfe und im Bauche; am Abend vorher an Durst, Appetit- und Schlaflosigkeit; zu seinem grössten Schrecken sah er auf der Erde und überall Funken und Feuer und hörte weibliche Stimmen rufen: „Setz' dich in den Rauch, setz' dich in den Rauch!“ „Mets-toi dans la fumée!“

2. Friederike Hahndorf, 18 Jahre alt, Dienstmädchen. Menstruations-Anomalien, Präcordial-Angst, Brandstiftung. (Beob. in *Casper*'s Denkwürdigkeiten p. 361 mitgeth. v. *W. Jessen* l. c. S. 244.) Inculpata hatte 8 Tage nach Antritt ihres Dienstes Feuer angelegt. Sie machte u. a. folgende Angaben: „ . . . . . Ich fühlte vielmehr gleich beim Antritt des Dienstes eine fortwährende Unruhe in mir, welche eine Folge böser Träume war. Ich träumte nämlich von rothem Vieh, und dasselbe sollte, wie mir meine Mutter früh gesagt, Feuersnoth bedeuten“ . . . . . „Am Donnerstag, zwischen Weihnachten und Neujahr wurde ich 4 Uhr Morgens zum Brodkneten geweckt. Etwa 1 Stunde nach dem Aufstehen kam mir noch kein böser Gedanke ein; endlich aber um 5 Uhr fiel mir plötzlich ein, dass ich doch gern aus dem Dienste möchte und da war mir so zu Muthe, als ob ich durchaus Feuer anlegen müsste. Ich nahm daher glühende Kohlen vom Herde“ u. s. w. Die früher regelmässige Menstruation war kurz vor Weihnachten ausgeblieben. Die H. empfand mehrere Tage nacheinander Schwindel, Kopfschmerzen, Doppelsehen, Angst, Herzpochen und grosse Unruhe, die sich namentlich als Gewissensbisse kund that; desgleichen ein Eingehülltsein der äusseren Gegenstände in rothe Farbe und schimmernden Nebel. Nachdem dieser Zustand mehrere Tage gewährt hatte, stellte sich bei ihr die monatliche Reinigung spärlich ein unter gleichzeitigem Auftreten krampfhafter Unterleibsbeschwerden und Leibschmerzen; am Tage nach Eintritt der Regeln machte sie den Brandstiftungs-Versuch.

3. N. N., Mädchen, 12 Jahre alt. Hysterische Anfälle mit partiellem Wahnsinn und Hallucinationen. Vier Brandstiftungen. (Union méd. 25. Mai und Deutsche Klinik 1854 No. 29, p. 321). Inculpata läugnete Anfangs die (4) von ihr verübten Brandstiftungen, gestand aber später, dass sie das

Feuer angelegt hätte, um sich ein Vergnügen zu machen. Einer der untersuchenden Aerzte beobachtete zwei Monate lang kein Symptom geistiger Alienation an ihr, dann aber hysterische Anfälle und in Folge dieser deutliche Störungen der Intelligenz. Mehrere Stunden nach dem Anfalle erkannte sie Niemanden, schimpfte, drohte, schlug um sich, zeigte heftige Agitation und Delirien. In diesem Zustande glaubte sie Feuer zu sehen, was sie mit Bewunderung betrachtete. Der zweite Arzt beobachtete zuerst einen Zustand von Trauer und Melancholie, dann ebenfalls hysterische Anfälle und in ihrem Gefolge Delirien mit Hallucinationen. In einem Anfalle richtete sie ihre Blicke auf die Wand und rief unter Lachen: „O, wie schön ist das! wie schön! das Feuer!" Als man sie fragte, ob sie noch mehr Feuer anlegen wolle, antwortete sie: „O wohl! es ist so schön das Feuer!" Als ein Licht gebracht wurde, gerieth sie in grosse Aufregung und wollte sich auf dasselbe stürzen. (*Jessen* l. c. S. 285).

4. Anton Poche, Bauer, hatte früher in seinem 35. Lebensjahre an Delirium tremens gelitten und während desselben feurige Wolkenzüge auf der Wand gesehen. Nach einem im Jahre 1851 erlittenen Brandunglück wurde er dann melancholisch und zündete aus innerer Verzweiflung 5 Monate später die noch stehen gebliebene Scheuer selbst an. Er war damals 44 Jahre alt.

Vor Gericht machte er u. A. folgende Angaben: Er habe sich das Feueranlegen als etwas Böses vorgestellt, aber eben dieser Vorstellung, Feuer anzulegen, nicht widerstehen können. Das, dem er nicht habe widerstehen können, sei sein eigener Wille gewesen, seine eigenen Gedanken, die ihm immer wieder vorgeschwebt hätten und habe er auch an etwas Anderes gedacht, so seien doch diese Gedanken immer wieder zurückgekehrt, obgleich er sich bei denselben keineswegs glücklich gefühlt hätte. An die Strafe wegen des Verbrechens habe er wohl gedacht, doch dies habe ihn keineswegs abgehalten, es sei ihm so zu Muthe gewesen, als müsse er es thun. Es sei ihm unerklärlich, wie er zur Ausführung eines Planes, seine Scheuer durch Feuer zu vernichten, gekommen sei. Es habe ihn immer gedrängt, seine Scheuer in Brand zu stecken und er habe diesem Drange nicht widerstehen können. . . . Wenn er auch mit Selbstüberwindung an etwas Anderes gedacht, so seien diese Gedanken und Vorstellungen immer wiedergekehrt, so unangenehm und widerlich sie ihm auch gewesen seien."

Die in diesem Falle erwähnte Vision von feurigen Wolken liegt zwar dem Zeitpunkte der Brandstiftung zu fern, als dass man an einen näheren Zusammenhang zwischen beiden Ereignissen denken dürfte. Allein es ist immerhin bemerkenswerth, dass auch damals, als der Kranke die feurige Vision hatte, ein Zustand von Beängstigung und Gemüths-

depression vorhanden war (der Zustand wird zwar nicht näher geschildert, indessen bildet die Angst und Gemüthsdepression ja bekanntlich ein charakteristisches Symptom des Delir. tremens; auch wird angeführt, dass es dem Kranken damals vorgekommen sei, als ob er tief unter der Erde sich befinde. Es lässt sich also wohl eine Parallele[1]) ziehen zwischen dem ersten Anfalle von Beängstigungen in Folge von Delir. tremens mit feurigen Visionen und dem zweiten Anfalle von andauernden Beängstigungen in Folge eines erlittenen Brandunglückes mit den spontan dem Bewusstsein sich aufdrängenden Vorstellungen von Feuer und Brandstiftung. Gemeinsam ist beiden Anfällen die specielle Beziehung zum Feuer, welche die Manifestationen krankhafter psychischer und cerebraler Vorgänge hatten und die Spontaneität und Hartnäckigkeit mit welchen diese letzteren dem Bewusstsein sich aufdrängten. Der Unterschied besteht nur darin, dass sich diese Beziehung das eine Mal auf dem Gebiete der Sinneswahrnehmung, das andere Mal auf dem des Vorstellungslebens geltend machte; dass das Feuer das eine Mal den Inhalt von Hallucinationen, das andere Mal von Vorstellungen bildet, die ebenso spontan und unwillkührlich auftreten, wie die Hallucinationen — sich mit ebenso grosser Hartnäckigkeit dem Bewusstsein aufdrängen

---

[1]) Eine solche Parallele dürfte um so weniger von der Hand zu weisen sein, als die Beobachtung von periodischen Anfällen geistiger Störung mir und gewiss auch anderen Beobachtern die interessante Thatsache ergeben hat, dass sich die einzelnen mitunter Jahre auseinander liegenden Anfälle oft bis ins kleinste Detail gleichen, nicht allein denselben Entwicklungsgang im Allgemeinen, sondern oft auch ganz identische Prodromal-, Initial- und Final-Symptome darbieten; dass ganz die nämlichen Wahnvorstellungen und ganz in derselben Reihenfolge wie früher wieder hervortreten und dass man daher, wenn man ein oder zweimal einen solchen Anfall genau beobachtet hat, und nun ein neuer sich einstellt, — die einzelnen Phasen desselben vorhersagen kann — gleichwie man bei bekannten dramatischen Stücken schon im ersten Acte genau vorher weiss, was der zweite bringt und wie die Scenen aufeinander folgen. So bildeten in einem von mir beobachteten Falle einer reinen periodischen Manie u. a. auch ein Panaritium, die Bitte um Abfeilung einer scharfen Zahnkante, Visionen von Wolken etc. nie fehlende Symptome des Anfalls.

und in den Kreis der bewussten Vorstellungen einfügen, wie die hallucinatorischen und illusorischen Bilder auf dem Gesichtsfelde ohne und selbst gegen unseren Willen auftauchen und haften bleiben. Diese krankhaften Anomalien des Vorstellungslebens, bekannt unter dem Namen der Zwangsvorstellungen, könnte man in gewissem Sinne wohl als Gedankenhallucinationen bezeichnen.

Es kann begreiflicher Weise nicht in meiner Absicht liegen auf eine weitere Erörterung des vorstehend erwähnten von *Knop* als Beispiel von „Paradoxie des Willens in Betreff der Brandstiftung" (loc. cit. S. 69) ausführlich mitgetheilten Falles [1]) einzugehen, noch weniger, mich über die Paradoxie des Willens und den forensischen Werth dieser und ähnlicher Schlagwörter weiter zu verbreiten. Das Paradoxe der Erscheinungen in das Wesen des Willens selbst zu setzen, muss als ein von vornherein verfehltes Beginnen erscheinen, da die Paradoxie ja nicht in dem Wesen der Dinge selbst, sondern lediglich in unseren Meinungen liegt (*παρα δοξα*), in der mangelhaften und beschränkten Erkenntniss des causalen Zusammenhanges der Erscheinungen begründet ist; die sog. Paradoxie der Erscheinungen ist also weiter nichts als ein Zeichen, dass wir noch keinen hinreichend klaren Einblick in den Zusammenhang der Dinge gewonnen haben, um den scheinbaren Widerspruch der paradoxen Thatsache mit unserer theoretischen Auffassung der hierbei in Betracht kommenden ursächlichen Verhältnisse entweder aufzulösen und als einen nur schein-

---

[1]) Das in diesem Falle von Herrn *Knop* abgegebene forensische Gutachten ging im Wesentlichen dahin, dass der p. Poche zwar tief betrübt, nervös und melancholisch verstimmt gewesen sei, „ohne dass man diese Verstimmung für eine wirkliche Melancholie, Wahnsinn etc. halten könne," dass der p. Poche im Zustande der Zurechnungsfähigkeit das Feuer angelegt habe. Das Gericht nahm indessen an, dass der p. P. an melancholischer Gemüthsverstimmung gelitten, die mit Rücksicht auf §. 40 des Strafgesetzbuches unter den landrechtlichen Begriff Wahnsinn falle, stellte demgemäss das weitere Verfahren ein und entliess den p. Poche aus seiner Haft. Derselbe starb nach einigen Monaten.

baren zu erkennen, — oder aber in der Unrichtigkeit unserer bisherigen Erklärungen und theoretischen Voraussetzungen begründet zu finden.

5. K., 22 Jahre alt, Hirt; Blödsinn, Brandstiftung aus Rachsucht. (*Heinroth*, Gutachten p. 6. Nach einem Auszuge von *W. Jessen.*) „In der Nacht des 12. August träumte K., er lege Feuer an; dies fiel ihm am Morgen wieder ein und er schritt sogleich zur That.“ (*Jessen* l. c. S. 155.) K. litt an Enuresis nocturna, hatte einen ungewöhnlich schmalen Kopf, schlaffe Haltung und zog den rechten Schenkel etwas nach.

6. Christine W., 17 Jahre alt, Dienstmädchen; Menstruations-Anomalien, stupide Melancholie, drei Brandstiftungen am 21. September 1839, 29. April und 28. October 1840 (Schlesw.-Holst. Anzeigen 1842 p. 120. Nach einem Auszuge von *W. Jessen* l. c. S. 215). In Betreff der dritten Brandstiftung heisst es daselbst: „Als sie am 28. October 1840 die Stallgebäude ihres Dienstherrn anzündete, hatte sie bei ihm seit Michaelis desselben Jahres zu ihrer Zufriedenheit gedient. In der Nacht auf den 28. hatte sie geträumt, dass die ganze Häuserreihe in Flammen stände. Sie war in grosser Angst aus dem Bette gesprungen, aber, als Alles dunkel war, wieder zu Bette gegangen und hatte geschlafen, bis sie von ihrem Brodherrn geweckt wurde. Sofort dachte sie wieder an Feuer und beschloss den Stall anzuzünden. Zu dem Ende ging sie, nachdem sie in der Küche noch einige Geschäfte verrichtet hatte, mit einem brennenden Lichte nach dem Stalle, steckte dort herabhängendes Stroh an und entfernte sich, als es gezündet hatte. . . . Weshalb sie Feuer angelegt, wusste sie nicht anzugeben.“ Auch in den zwei früheren Brandstiftungen derselben waren ihr vorher Feuergedanken in den Kopf gekommen; das eine Mal war ihr während ihrer Morgenarbeit plötzlich der Gedanke eingefallen, „es brennt auf dem Heuboden;“ — diese Vorstellung war so stark gewesen, dass die p. W. dieserhalb, um sich zu überzeugen, auf den Boden gestiegen war und dort Alles dunkel findend mittelst des mitgenommenen Lichtes das neben dem Schornsteine liegende Stroh angezündet hatte.

Charakteristisch für diese plötzlich auftauchenden Vorstellungen ist, dass sie nicht als abstracte Möglichkeiten, als blosse Gedanken-Schemata ins Bewusstsein traten, sondern als Wirklichkeiten, dass sie nicht etwa bloss im Modus der Unbestimmtheit oder Bedingtheit, nicht im Modus infinitivus oder conjunctivus sondern sogleich im Modus indicativus erscheinen, sofort als Ausdruck concreter Thatsachen, als Rapport wirklicher Ereignisse sich dem Bewusstsein aufdrängen — wenigstens viel mehr als solche, denn als blosse Einfälle in

das psychische Geschehen eingingen. Hierdurch nähern sich solche plötzliche Einfälle schon wirklichen **Wahngedanken**.

Die Zahl der vorstehend mitgetheilten Fälle liesse sich durch analoge Beobachtungen wohl noch vergrössern; indess dürften dieselben genügen zu dem Nachweise:

1) Dass der Inhalt den Vorstellungen in Träumen und im Wahnsinn, überhaupt in geisteskranken Zuständen, nicht selten durch organische Veränderungen und Zustände bestimmt wird, und dass die Vorstellungen von Blut[1]) und Feuer namentlich häufig bei congestiver Cerebral-Reizung und menstrualen Blutwallungen entstehen und sich in den Vordergrund des Bewusstseins drängen.

2) Dass den von Psychisch-Alienirten verübten Brandstiftungen nicht selten feurige Visionen, Träume oder entsprechende Vorstellungen mit dem Charakter sogenannter Zwangs-Vorstellungen vorhergegangen sind; d. h. dass Vorstellungen der bezeichneten Art unwillkührlich dem Bewusstsein sich aufgedrängt und mit hartnäckiger Constanz verweilend resp. wiederkehrend die Aufmerksamkeit und Denkthätigkeit auf diesen Kreis von Vorstellungen in mehr weniger zwingender Weise concentrirt haben.

Angesichts dieser Thatsachen liegt die Annahme sehr nahe, dass auch in einzelnen Fällen von Brandstiftungen Psychisch-Alienirter krankhafte organische Vorgänge und Zustände, namentlich congestive Meningo-Cerebralreizungen und menstruale Blutwallungen insofern von mehr oder weniger bestimmendem Einflusse auf die psychischen Vorgänge gewesen sind, als durch dieselben bestimmte Vorstellungskreise zum Bewusstsein erregt und dadurch die Richtung bestimmt wor-

---

[1]) Beide Kategorien von Vorstellungen (Blut und Feuer) werden bei Geisteskranken häufig zu gleicher Zeit nebeneinander beobachtet, so z. B. bei Paralytisch-Geisteskranken. Auch in mehreren Fällen von Pyromanie ist gleichzeitig Mordsucht, Selbstmord- und Selbstbeschädigungstrieb beobachtet (vgl. die von *W. Jessen* gesammelten Fälle). Auch *Spielmann* hat hervorgehoben, dass Pyromanie nicht selten in einem und demselben Individuum mit Mordsucht vorkomme (*Spielmann*, Diagnostik der Geisteskrankheiten S. 484).

den ist, in welcher die vorhandenen krankhaften Zerstörungstriebe sich bethätigt haben.

Ob derartige Zustände auch bei der Natalie X. von wesentlich bestimmendem Einflusse auf die Richtung ihrer anomalen Triebe gerade zum Feueranlegen gewesen sind, wage ich nicht mit Bestimmtheit zu entscheiden; doch erscheint eine solche Annahme bei Erwägung der näheren, die Brandstiftungs-Gelüste begleitenden Erscheinungen nicht ganz von der Hand zu weisen: denn die Angst-Paroxysmen (an welche sich die Visionen, die Feuergedanken und abnormen Impulse der X. anknüpften) fielen mit ganz deutlich ausgeprägten Cerebral-Congestionen beziehungsweise auch mit Menstruationshemmung zusammen. So stellte sich der auf Seite 22 beschriebene, mit Cerebralcongestion verbundene Angstanfall (Raptus melancholicus) am 14. Februar 1859 ein, nachdem die zuletzt am 12. Januar 1859 eingetretene Menstruation im Monat Februar ausgeblieben war. Deutliche Symptome einer Kopfcongestion wurden bei der Natalie X. auch gleich nach Vollführung ihrer ersten Brandstiftung in der hiesigen Irren-Anstalt am 17. Juli 1856 von Dr. *L. Meyer* constatirt, sowie überhaupt die Symptome eines Angstanfalles mit Sinnestäuschungen und die Identität dieses Anfalls mit einem bereits vor dieser Brandstiftung von ihm bei der Natalie X. am 7. Mai 1856 beobachteten Anfalle. Nach der von *Meyer* gegebenen Schilderung dieses letzteren Anfalls (Psychiatr. Zeitschrift XIV. 239) wurde die Natalie X. plötzlich von Angst befallen und von dem Triebe erfasst, sich umzubringen, Fenster zu zerschlagen und Feuer anzulegen. Sie wollte den Wärtern Messer und Schlüssel entreissen, rief, sie müsse sich umbringen, sie wolle hinaus, Feuer anlegen, bat die Wärterin Feuer anzulegen, sagte: „sie wolle das Fenster einschlagen, der Teufel befehle es ihr, er stände neben ihr.“ Sie sah eine weisse Gestalt mit schwarzem Kopf ohne Augen und Arme dicht bei sich. Wohin sie die Augen drehte, da stand die Gestalt von Mannesgrösse immer ihr nahe, als wolle dieselbe sie greifen. Zu gleicher Zeit hörte sie eine Stimme in ihrem Innern (zuweilen sagte sie, „in meinem Herzen, meiner

Brust"): sie wusste nicht ob die Gestalt mitspreche, aber was die Stimme befehle dahin dränge sie die Gestalt. Die Stimme rief: „Leg' Feuer an, oder ich bringe dich um!" „Schlag die Fenster ein." Als man sie festhielt, kratzte sie sich, bohrte sich in der Nase bis Blut floss; sie glaubte, dass das fliessende Blut ihre Angst mindere. Gern schloss sie die Augen oder bedeckte das Gesicht mit der Bettdecke, weil sie die Gestalt dann nicht sah; die Stimme indess dauerte fort."

Hierzu kommt, dass äussere Momente, durch welche die Feuergedanken plötzlich erregt worden wären, sich nicht constatiren liessen, dass die Natalie X. während ihres Aufenthaltes in der Anstalt sehr selten, jedenfalls seltener als in ihren früheren Verhältnissen, Gelegenheit hatte ein flackerndes Feuer zu sehen. Der Nachlass der Erscheinungen, welchen die Kranke nach künstlich durch Bohren mit den Fingern hervorgerufenem Nasenbluten verspürte, spricht ebenfalls für die Bedeutung der Kopfcongestionen, sowie andererseits der Eintritt der letzteren nach Ausbleiben der Menstruation und das in katamenialem Rhythmus wiederkehrende Nasenbluten den menstrualen Charakter dieser Fluxionen bekundet.

Ueber den Ursprung der in diesem Anfalle bei der Natalie X. aufgetretenen Vision „einer weissen Gestalt mit schwarzem Kopfe ohne Augen und Arme" giebt uns dagegen die Besonderheit der hallucinatorischen Erscheinung selbst einige Auskunft; denn es liegt auf der Hand, dass die Absonderlichkeit der Erscheinung, die in ganz bestimmten Punkten von der gewöhnlichen Vorstellungsweise abweicht, einen besonderen Grund haben muss. Durchmustern wir nun die Anschauungskreise, aus denen das Vorstellungsleben der Natalie X. seinen Inhalt geschöpft hat, so finden wir u. A. eine Gesichtswahrnehmung, die mit der „weissen Gestalt mit schwarzem Kopfe ohne Augen und Arme" vollständig übereinstimmt und durch die häufige Wiederkehr besonders stark dem Gedächtnisse sich einprägen musste d. h. vorzugsweise leicht reproducirbar, vorzugsweise leicht wieder bewusst werden musste. Es ist dieses die Wahrnehmung der in ihren hellen Nachtgewändern in dunkler Nacht

als weisse Gestalten erscheinenden Schlafgenossinnen, — Wahrnehmungen, zu denen die Natalie X. gewiss sehr oft Gelegenheit gehabt haben muss, da sie häufig ganze Nächte schlaflos in gemeinschaftlichen Schlafzimmern zubrachte. Wie schon in dem Berichte des Kreisphysikus *Moriz* erwähnt ist, pflegte die Natalie X. Nachts häufig mit gekreuzten Beinen schlaflos im Bette zu sitzen: bedarf es noch eines näheren Hinweises, dass im Dunkel der Nacht, oder bei Dämmerlicht gerade diese weissen Gestalten sich dem Auge einprägen mussten und dass von ihnen in der Dunkelheit hauptsächlich der mit dem weissen Nachtgewande bekleidete Körper sichtlich hervortrat, während die unbedeckten Körpertheile, namentlich der Kopf und die Hände entweder gar nicht oder doch nur als dunkle Gebilde hervortraten? Da wir beim Sehen anderer Personen ganz überwiegend unser Auge und unsere Aufmerksamkeit auf das Gesicht zu richten pflegen, — so sind es unter den Gesichtshallucinationen (soweit sie Personen betreffen) ganz überwiegend Köpfe und Gesichter, welche im Gesichtsfelde des Hallucinirenden zu erscheinen pflegen. In vorliegendem Falle sehen wir eine Ausnahme von der Regel [1]), die aber auf die angegebene Weise ihre einfache Erklärung findet. Bestätigt wird diese Annahme nun auch noch durch die Thatsache, dass diese weisse Gestalt verschwand, wenn die Natalie sich die Bettdecke über das Gesicht gezogen hatte: denn in analoger Weise wie sich zwischen dem Zustande der nächtlichen inneren Beunruhigung und den zu dieser Zeit aufgenommenen Gesichtseindrücken durch die häufige Wiederholung eine engere Ideen-Association (nach den bekannten psychologischen Gesetzen) bildete — dergestalt, dass auch bei am Tage eintretender innerer Beängstigung ähnliche Gestalten im Gesichtsfelde erscheinen — darf man annehmen,

---

[1]) Die Regel ist, dass bei der Reproduction (Vorstellung) des Bildes der uns bekannten oder überhaupt von uns gesehenen Personen, das Gesicht am leichtesten und stärksten hervortritt, gewöhnlich mit bestimmter ausgeprägtem Colorit, während der Torso in viel unbestimmterer Weise vorgestellt zu werden pflegt, — hier bei der X. finden wir gerade umgekehrt den Rumpf prägnant in weisser Farbe hervortretend, während der Kopf in dunklem Umrisse erscheint.

dass sich auch durch die wiederholte Erfahrung, dass mit dem Ueberziehen der Bettdecke über den Kopf die weissen Gestalten aus dem Gesichtsfelde verschwinden — eine analoge Ideen-Verknüpfung gebildet habe — dergestalt, dass sich mit dem Bewusstsein, die Bettdecke über den Kopf gezogen zu haben, sogleich auch die Vorstellung des Verschwindens der weissen Gestalten einfindet, oder vielmehr, dass sich zugleich mit diesem Bewusstsein die gegenwärtige Anschauung modificirt, die Empfindung der Dunkelheit eintritt.

Unter den von *W. Jessen* zusammengestellten Fällen von Brandstiftungen befindet sich eine nicht unbedeutende Zahl, in denen wir ebenfalls dem spontanen, äusserlich nicht motivirten Auftauchen von Feuer- und Brandstiftungsgedanken — grösstentheils mit dem Charakter von Zwangsvorstellungen — begegnen. Namentlich ist dieses in den auf Seite 14, 18, 32, 48, 51, 53, 116, 118, 144, 159, 212, 215, 218, 220, 263 und 265 der mehrfach citirten Broschüre von *Jessen* mitgetheilten Beobachtungen der Fall.

In zwei Fällen ist der Ursprung der Feuergedanken allerdings auf äussere Motive zurückzuführen: in dem einen Falle (S. 265 : F. J. 18 J. alt, Metzgerlehrling, Blödsinn, Präcordialangst, zwei Brandstiftungen) war es ein Gespräch über Feueranlegen auf einer Brandstätte; in dem anderen (S. 219) das Betrachten eines Osterfeuers. In diesem letzteren Falle hatte ein 14 Jahre altes Mädchen, Marie Brand, am ersten Ostertage ein Osterfeuer, ‚so gross wie nie zuvor" brennen sehen; „hiermit beschäftigte sie sich nachher in Gedanken vielfach und endlich nach 3—4 Wochen war es ihr, als ob ihre Hände auch Feuer anlegen müssten. Sie trug daher einen Brand in den Stall, als sie sich aber schlafen legen wollte, dachte sie es wäre Unrecht und nahm ihn wieder fort. Nach 4 Wochen wiederholte sie ganz dasselbe und nach einiger Zeit trug sie zum dritten Male einen Brand in den Stall" . . . „Motive der That waren durchaus nicht aufzufinden." Hier hat also hauptsächlich der Nachahmungstrieb eine hervorragende Rolle gespielt, in Verbindung mit der Pubertäts-Entwicklung; denn in der citirten Mittheilung findet sich die weitere Angabe, dass

die p. Brand etwa 6 Monate vor dem ersten Eintritt der Menstruation (welcher erst nach der That stattfand) an periodischen Leibschmerzen, Andrang des Blutes zum Kopfe und Kopfschmerz gelitten, zugleich auch einen abnormen Appetit gezeigt habe, den sie durch Essen von Gras und Klee zu befriedigen suchte. Von Interesse ist hierbei, dass auch die Richtung dieses abnormen Ess-Triebes durch Sinneswahrnehmungen und den dadurch geweckten Nachahmungstrieb bestimmt worden ist; denn die Marie Brand sagte selbst aus, dass ihr zum Gras- und Klee-Essen die Kühe Appetit gemacht hätten, — wobei allerdings zu bemerken ist, dass Klee bekanntlich zu den Kalk-Pflanzen gehört und dass daher das in dieser Lebensepoche hervortretende instinctive Bedürfniss nach Genuss eisen- und kalkhaltiger Substanzen hierbei nicht ohne Einfluss gewesen sein mag.

In den übrigen der erwähnten Fälle sind, soweit ersichtlich, keine äusseren Momente von vorwiegend bestimmendem Einfluss gewesen; dagegen tritt in denselben die Bedeutung der Menstruations-Anomalien, Kopf-Congestionen, Krampf- und Präcordial-Angst-Zufälle prägnant genug hervor; besonders instructiv ist in dieser Beziehung der Fall der Klein, welche nach Ausbleiben der Menstruation Brandstiftungen verübte. Eine nähere Erörterung dieser Fälle und der interessanten Analogien, die zwischen ihnen und dem Falle der Natalie X. bestehen, würde zu weit führen, ich muss mich desshalb darauf beschränken, auf dieselben hingewiesen zu haben.

Wie diese Beobachtungen und namentlich der vorerwähnte Fall zeigt, muss man bei solchen Zuständen unterscheiden: 1) den Drang an und für sich, welcher als ein innerer zunächst rein subjectiver Spannungs- und Erregungszustand vorläufig ohne bestimmte Objectivirung aufzufassen ist, und 2) die durch Sinneswahrnehmung oder sonst zum Bewusstsein erregte Vorstellung, durch welche das Object, der Zielpunkt des abnormen Triebes bestimmt wird [1]).

---

[1]) Die Nothwendigkeit dieser Distinction ergiebt sich auch bei der Analyse anderer krankhafter Triebe. Vgl. den Fall von Mordtrieb bei *Gratiolet*, Anatomie comparée du syst. nerveux. II. 578.

VI. Impulsive Angst-Anfälle und imperative Hallucinationen.

Durch die in Vorstehendem entwickelte Auffassung berichtigt sich der ontologische Begriff der Pyromanie als eines gewissermaassen selbstständigen, in sich abgeschlossenen, oder wie man auch wohl gesagt hat „ursprünglichen" Triebes mit immanenter specifischer Zielrichtung, als eines speciell und ausschliesslich zur Brandlegung treibenden psycho-pathologischen Impulses: er erscheint vielmehr, gleichsam in seine zwei Bestandtheile zerlegt, als Resultante zweier bewegender resp. Richtung gebender Momente, man könnte fast sagen als Diagonale im Parallelogramm bewegender Kräfte. Diese beiden Momente, nämlich der innere Spannungs- und Reizungs-Zustand einer- und die für die Objectivirung maassgebende Vorstellung anderer Seits können sich nun in den concreten Einzelfällen in sehr verschiedener Stärke und in mannichfacher Combination geltend machen und in sehr verschiedener Weise, theils durch normale, noch in die Breite der Gesundheit fallende, psychologische Vorgänge, theils durch pathologische Processe bedingt sein. Es kann z. B. der innere Spannungszustand durch pathologische Vorgänge z. B. durch Cerebral-Irritation verursacht sein, während dagegen die Richtung, in welche sich der durch eine That von negativem, zerstörenden Character zur Auslösung drängende innere Spannungszustand bethätigt, d. h. das Object, gegen welches sich der Zerstörungstrieb kehrt, (an welchem z. B , um in der dieses Verhältniss ganz treffend bezeichnenden Volkssprache zu reden, Jemand „seine Wuth auslässt") im Wesentlichen durch den Zufall bestimmt wird, d. h. durch die Conjunctur, durch ein zufälliges Zusammentreffen von Umständen, welche gerade in diesem Momente und gerade diese Person dem Zerstörungssüchtigen vor Augen führen, — oder durch die Association der Ideen gerade diese oder jene Vorstellung bewusst werden lässt. Die Richtung solcher krankhafter Triebe kann aber auch wesentlich durch pathologische Vorgänge bestimmt werden z. B. durch bestimmte Halluzinationen, durch Visionen und imperative Gehörswahrnehmungen, durch Illusionen, Zwangs-Vorstellungen und Wahn-Ideen. Es lässt sich aber auch sogar

die Combination als möglich denken — und sie kommt in der That wirklich vor —, dass der einer gewaltsamen Handlung zu Grunde liegende innere Reiz- und Spannungszustand zunächst oder doch hauptsächlich bedingt ist durch eine noch in den normalen Grenzen sich haltende psychische Reaction der affectiven Sphäre der Psyche, z. B. hervorgerufen ist durch intensive und wiederholte psychische Reizung, starke Gemüths-Erschütterungen u. s. w., — dass also der ungewöhnliche psychische Erregungszustand zunächst und grösstentheils noch innerhalb der Grenzen der sog. Gesundheitsbreite sich bewegt, wenigstens pathogenetisch ausreichend durch die objective Wirklichkeit motivirt erscheint, — dass aber die Richtung, in welcher sich derselbe bethätigt, wesentlich durch die Intercurrenz pathologischer Vorgänge, z. B. durch Zwangsvorstellungen [1]) oder einzelne fixe Ideen bedingt wird. Solche Fälle sind wegen der gleichzeitigen Intercurrenz und der Vermischung objectiv nachweisbarer Motive (z. B. Rachsucht,

---

[1]) Eine solche Combination scheint in der That in dem bereits oben erwähnten, von *Knop* als ein Beispiel von „Paradoxie des Willens" mitgetheilten Falle des Poche obgewaltet zu haben: denn einerseits erscheint der Zustand melancholischer Verstimmung, in welche P. nach einem erlittenen Brandunglück verfiel, wenigstens anfänglich, noch ausreichend objectiv begründet und somit zunächst an und für sich noch in die Gesundheitsbreite fallend, — andererseits aber bilden die Zwangsvorstellungen, welche P. nicht los werden konnte, entschieden pathologische Momente. Durch Erwägung dieses Sachverhältnisses dürfte denn auch die Paradoxie des Gutachtens, „dass der p. P. zwar tiefbetrübt, nervös und melancholisch verstimmt gewesen sei, ohne dass man diese Verstimmung für eine „„wirkliche"" Melancholie etc. halten könne" einigermaassen wenigstens erklärlich werden. — Der prädicativ angebrachte Gegensatz „wirklich" erscheint hier paradox und in der That nicht zutreffend; denn es handelte sich in dem qu. Falle nicht um die Gegenüberstellung und Entscheidung „ob Wirklichkeit oder Schein?", P. war ja nicht bloss scheinbar oder „unwirklich" melancholisch, sondern in Wirklichkeit tief betrübt und melancholisch verstimmt, war also wirklich melancholisch. Die zu beantwortende Frage war somit nicht auf die Alternative: „Wirklichkeit oder Schein" (wie z. B. bei Verdacht auf Simulation) zu basiren, sondern dahin zu formuliren: ist die melancholische Verstimmung des p. Poche pathologisch begründet, ist sie Symptom eines krankhaften Zustandes, oder nicht?

Heimweh), mit pathologischen Impulsen nicht selten schwierig zu beurtheilen, zumal es oft an den nöthigen Anhaltspunkten fehlt, um die Entwicklung und Bedeutung der als Motive in Frage kommenden Affecte klar übersehen und um bestimmen zu können, ob in einem gegebenen Falle diese, zunächst objectiv begründeten, Affecte in ihrer weiteren Entwicklung die Grenzen der normalen Gesundheitsbreite bereits überschritten haben, oder nicht.

Je nach der verschiedenen Intensität und Acuität des Verlaufes gestaltet sich auch das Bild des Anfalls verschieden. Während in den Fällen von geringerer Intensität und mehr chronischem Verlaufe die einzelnen in den verschiedenen Sphären des Seelenlebens zur Entwicklung und Bethätigung gelangenden Motive unbeschadet ihrer Wechselwirkung noch mehr oder weniger gesondert zu Tage treten und als solche auch nachzuweisen sind — treten sie in den intensiver und acuter verlaufenden Formen gleichsam unisono auf und es vereinigen sich die durch sie hervorgerufenen Erscheinungen sogleich zu einem Gesammtbilde — insofern die anomalen Bewegungen und Erregungen auf dem Gebiete des Vorstellens sowie des Gefühls und der motorischen Sphäre, weil in gleicher Weise durch denselben pathologischen Process bedingt, gleichzeitig und in gleicher Richtung und Kraft zur Geltung kommen. Die einzelnen Elemente des Anfalls erscheinen hier dann auch in prägnanterer Gestaltung, in mehr unmittelbarer Beziehung zu den peripherischen Kreisen des psychischen Lebens d. h. sie machen sich weniger auf dem Gebiete des abstracten Denkens und Wollens als in den Sphären der sinnlichen Wahrnehmung, der körperlichen Gefühle und in wirklichen Handlungen und effectiven Muskelbewegungen geltend. Die Störung auf dem Gebiete des Vorstellens, welche sich bei geringer Intensität auf das reine Vorstellen beschränkt, wesentlich in sogenannten Zwangsvorstellungen, Illusionen und Wahnvorstellungen besteht, die sinnliche Wahrnehmung aber noch intact lässt, greift in den acuteren und intensiveren Anfällen auch auf das Gebiet der letzteren über, indem die anomalen Vorstellungen sich zu lebhafter sinnlicher Gestaltung entwickeln. An Stelle abgeblasster Zwangsvorstellungen treten

dann farbenreiche, in den Formen concreter Wirklichkeiten erscheinende Visionen und imperative Halluzinationen, die mit der ganzen Kraft wirklicher Befehle und Machtsprüche sich vernehmen lassen. In gleicher Weise steigert sich die mehr allgemeine, unbestimmte, objectlose und noch erträgliche Gemüthsdepression, die trübe Stimmung und ängstliche Niedergeschlagenheit schnell zu heftigster, die innersten Lebensherde berührender affectiver Erregung und zu dem Gefühl unmittelbarer und directer Lebensgefahr, zu den Affecten der Angst und des Entsetzens, zur Empfindung wahrer Todesangst, die in der Selbst-Entleibung ihre Rettung sucht. Endlich zeigt sich auch in der motorischen Sphäre eine Steigerung des Zustandes anomaler Velleitäten, abnormer Gelüste, Neigungen und Wünsche — die durch das Gegengewicht normaler psychischer Motive noch mehr weniger leicht in Schranken gehalten werden — zur Höhe einer unmittelbar zur kritischen Entladung strebenden Spannung, zu einem unmittelbar zur That drängenden Impulse und zur directen Auslösung von Muskelbewegungen, wie sie oft solche Anfälle einleiten. Für den Verlauf solcher Anfälle, für das ganze Ensemble der psychischen Erscheinungen giebt es kein besseres allgemeines Bild als das eines, mehr weniger plötzlich auftretenden und mit Verdunkelung des Horizonts und heftigen Entladungen einhergehenden Gewittersturms. Anderseits knüpfen solche Anfälle an beängstigende Träume und ähnliche traumhafte Zustände an. Anfälle der geschilderten Art gehören zu den wichtigsten Motiven gewaltsamer Seitens Geisteskranker ausgeführter Handlungen; die genauere Kenntniss des Verlaufs, der Charakteristik, sowie der verschiedenartigen Gestaltung dieser Anfälle ist somit als ein nothwendiges Requisit für den als Sachverständigen in foro berufenen Arzt zu betrachten. Es dürfte deshalb auch nicht ungerechtfertigt erscheinen, zu näherer Erläuterung und zum thatsächlichen Nachweise der Intercurrenz solcher Anfälle auch bei Brandstiftungen, einzelne der von *Jessen* gesammelten und bereits oben citirten Beobachtungen hier in ganz kurzem Auszuge mitzutheilen, zumal dieselben auch in anderen Beziehungen, z. B. in Bezug auf die Pathogenese, das frühzeitige Auftreten epileptischer Krämpfe u. dgl. m.

sehr bemerkenswerthe Analogien mit dem Falle der Natalie X. darbieten.

1. Ein 14jähriges Mädchen bekommt, — nachdem bei ihr in ihrem 13. Lebensjahre die Menstruation eingetreten, seitdem aber *ausgeblieben* war — *Krämpfe*, welche sich häufig wiederholen und endlich in *Epilepsie* und *Veitstanz* übergehen. Sie verfällt in Schwermuth, hält sich gern allein und klagt häufig über innere Angst. „Herr Gott!" sagt sie eines Tages zu ihrer Hausfrau, „*mir ist immer so, dass ich vor lauter Angst mich ersäufen möchte. Was das wohl bedeutet und woher das kommt, weiss ich selbst nicht.*" Zwei Mal macht sie den Versuch sich zu ertränken; ein Mal wird sie besinnungslos aus einem Teiche herausgezogen. Eines Abends bricht in der Scheune auf dem Hofe Feuer aus und wie die Flamme hoch emporsteigt, steht sie mit in den Seiten gestützten Armen und starr in's Feuer hineinsehend. Man schöpft gegen sie Verdacht und sie gesteht die That mit den Worten: „Herr Jesus, ja, ich habe es wohl angelegt." Ihr kranker Seelenzustand leuchtete den Richtern so sehr ein, dass sie zwar zu 2jähriger Einsperrung verurtheilt, aber gleichzeitig der ärztlichen Fürsorge empfohlen wurde. Im Verhör machte sie noch die Aussage, es sei ihr immer gewesen, *als wenn ein fürchterliches Wesen hinter ihr geschlichen sei*. (*Jessen* l. c. S. 32).

2. Louise Scholzert, 22 Jahre alt, Tochter eines Arbeitsmannes, bekam ihre Regeln im 18. Lebensjahre, hatte sie drei Jahre lang regelmässig, dann aber in etwa einem halben Jahre nur zweimal und endlich während 6 Monate bis zur That nicht wieder. Am 3. Juni Abends ass sie mit den anderen Mägden eine Milchsuppe und schlief, den Teller in der Hand haltend, dabei ein; demnächst aufgeweckt, hatte sie, während die Anderen zu Bette gingen, noch den Milchtisch zu scheuern. Hierbei ward sie von einer „*fürchterlichen Angst*" befallen. „Ich ward unruhig," sagte sie, „es nagte am Herzen, es *peisackte mich*, ich wusste nicht, was ich machen sollte, *es drängte und nagte mich im Innern, nach dem Gesindehaus zu gehen und aus meiner Lade Zündhölzchen zu holen.*" Aussergerichtlich hatte sie geäussert, es sei ihr so gewesen, *als wenn Jemand neben ihr gestanden, der ihr gesagt hätte, sie müsse heute noch Etwas thun, sie müsse sich das Leben nehmen oder Feuer anlegen*, sie habe keine Ruhe gehabt und den Tisch nicht einmal fertig scheuern können. Sie warf Zündhölzchen brennend auf Stroh im Viehstalle, und ging dann zu Bette, machte aber, als das Feuer angegangen war, selbst Feuerlärm. Anfangs läugnete sie, gestand aber von selbst ihre That, nachdem sie sich ein Gesangbuch hatte geben lassen. „Wenn ich wüsste," sagte sie aus, „warum ich das Feuer angelegt, wollte ich es recht gerne sagen; ich weiss gar nicht, wie mir an jenem Abend gewesen ist; ich kann keine Auskunft geben, warum ich die Zündhölzchen geholt und Feuer gemacht habe. Eine böse Absicht habe ich nicht gegen meine Herrschaft gehabt; nicht Groll, nicht Rache haben mich dazu verleitet. Erst nach

dem Lesen des Liedes: „Jesus meine Zuversicht", im Gesangbuche, ist der Teufel aus mir gefahren." (*Jessen* l. c. S. 50).

3. Johanna Philipp, 14 Jahre alt, skrophulös und schwächlich, lang aufgeschossen, mit einer schwachen Brust und Seitwärtskrümmung der Wirbelsäule, Anschwellung der Schilddrüse und des linken Augenlides behaftet, von schwachen Verstandeskräften, trat am 13. April 1841 bei einer guten Herrschaft in Dienst. In den ersten Tagen bekam sie sehr heftiges Heimweh und weinte viel, doch hörten nach dem 24. diese heftigen Aeusserungen des Heimweh's auf. Schon seit längerer Zeit klagte sie nebenbei über Schwäche, Mattigkeit, Kopfschmerz und Schwindel, namentlich beim Aufstehen, über Aengstlichkeit und Unruhe. Die weibliche Entwicklung hatte kaum begonnen, die Menstruation fehlte noch. Am 1. Mai, als sie Abends wegen wiederholten heimlichen Besuches bei ihren Eltern von ihrer Herrschaft zur Rede gestellt worden war, fasste sie den Entschluss, Feuer anzulegen und versah sich zu diesem Zwecke mit einem Töpfchen, welches sie in ihrer Tasche mit sich forttrug. Am 2. Mai gegen 6 Uhr geweckt, fühlte sie sich schwach und drehend im Kopfe, nahm einige Hoffmannstropfen, trug kurz darauf mittelst des Töpfchens in der Tasche glühende Kohlen in die Scheune, warf diese in's Heu und kehrte in ihre Kammer zurück. Mehrfach befragt, läugnete sie jedes nähere Wissen ab, ward aber durch das Auffinden des Töpfchens zum vollen Geständniss gebracht. Sie versicherte, sie wüsste keinen Grund ihrer That, ihre Herrschaft hätte ihr nichts zu Leide gethan, es wäre ihr sehr schlecht und so gewesen als ob Jemand bei ihr gestanden und ihr gesagt hätte, sie sollte das Feuer anlegen. Dem Arzte räumte sie indessen ein, dass das Heimweh sie nicht verlassen hätte und dass die That ungeschehen geblieben wäre, wenn sie Entdeckung gefürchtet hätte. Sie wurde zu dreijähriger Arbeitshausstrafe verurtheilt und trat dieselbe sofort an. Dort war sie deprimirt, zeigte ernstliche Reue und Spannung über ihre Lage, aber kein Heimweh; die erwähnten Beschwerden, Anfangs noch vorhanden, schwanden bald, dagegen stellten sich Congestionen zum Kopf und zur Brust ein und mehrfach gingen spontan und noch mehr nach Arzneien Spulwürmer ab. Als Motiv ihrer That gab sie stets das Verlangen nach Hause an. Die ärztlichen Gutachten nahmen übereinstimmend beschränkte Zurechnungsfähigkeit, aber keine Geisteskrankheit an. (*Jessen* l. c. 116).

Wenngleich in diesem Falle, wie *Jessen* richtig bemerkt, das Heimweh als alleiniges, wenigstens als maassgebendes Motiv der Brandstiftung zu betrachten ist, so liegt doch kein Grund vor die Aussage der J. Ph. „ihr sei so gewesen, als ob Jemand bei ihr gestanden und ihr gesagt hätte, sie solle das Feuer anlegen" für unwahr zu halten. Vielmehr erscheint es gar nicht unwahrscheinlich, dass sich eine solche abnorme Sensation in Folge einer zu bedeutender Höhe gestei-

gerten nostalgischen Präcordial-Beängstigung entwickelt habe, zumal bei einem mit Verkrümmung der Wirbelsäule, mit Anschwellung der Schilddrüse, Kopfschmerz, Schwindel, Amenorrhoe, Würmern u. s. w. behafteten Individuum. Eine Steigerung der inneren Beängstigung scheint aber dadurch bewirkt worden zu sein, dass „in Folge von Drohungen ihres Dienstherrn und auf ernstliches Zureden des Vaters“ das Weinen und Klagen durch welche die Kranke bis dahin sich das Herz erleichtert hatte, plötzlich aufgehört hatten.

4. Marianne B. war, 16 Jahre alt und noch nicht menstruirt, als Kindermädchen bei einem Schiffer in Dienst getreten. Früher hatte sie öfters an offenen Drüsengeschwüren am Halse gelitten und war auch während ihres Dienstes öfters krank, bettlägerig und deshalb zur Arbeit wenig brauchbar. Sie klagte dabei über innere Schmerzen und über Unruhe ohne indessen ihren Zustand näher zu beschreiben. Sie war von sehr beschränkten geistigen Anlagen und stöhnte oft im Schlafe. Mehrere Tage vor dem Brande befiel sie, nach ihrer Aussage, Unruhe und Beängstigung und sie wurde „durch ein ihr unsichtbares aber wiederholentlich und vernehmlich zur Brandstiftung oder zum Selbstmord anmahnendes Etwas angeregt.“ Am Morgen des 11. August wurden diese Beängstigungen und Einflüsterungen stärker als je zuvor, und es fielen ihr zugleich Beleidigungen ein, welche ihr eine Mitbewohnerin des Hauses durch Schimpfworte zugefügt hatte. Sie konnte daher dem Drange, Feuer anzulegen, nicht mehr widerstehen, holte sich unter einem Vorwande Kohlen aus dem Kamin, wickelte sie in Lappen, stieg auf den Boden und steckte sie unter das Strohdach. Hierauf eilte sie wieder hinab und gab ihrer Herrschaft selbst die erste Kunde von dem Feuer, indem sie sich jetzt plötzlich von ihrer früheren Angst befreit fühlte und ihr die That leid wurde (*Jessen* l. c. S. 263).

5. Ein Landmädchen, kaum 17 Jahre alt, legte zwei Mal im Hause ihres Herrn Feuer an: das erste Mal mit glühenden Kohlen, welche sie aus dem Ofen nahm und in der Hand in den Holzschuppen trug, das zweite Mal mit einem Schwefelfaden. Sie war so sehr nach Brand begierig, dass sie, als das Feuer aufzugehen angefangen hatte, von einer Art angenehmer Erwartung ergriffen wurde und die knisternde Flamme mit gespanntem, gleichsam begierigen Ohre beachtete (attenderet). Zuerst stand sie als müssige Zuschauerin da, dann zeigte sie die Gefahr selbst an, gleich darauf schlang sie sich einen Strick um den Hals, im Erhängungstode das äusserste Mittel für ihre Angst suchend. Mit ihrem Herrn lebte sie in keiner Weise in Zwietracht und hatte ebenso wenig Zeichen von Bosheit und Muthwillen als von Wahnsinn zu erkennen gegeben. Sie litt aber schon seit dem vierten Lebensjahre an Krämpfen, welche endlich zu wirklicher dauernder Epilepsie sich gestalteten. „Von den Anfällen

dieser Krankheit wurde sie am heftigsten heimgesucht, wenn diese gerade mit den Vorboten der Menstruation zusammen trafen und das war eben wenige Tage, ehe sie das Feuer anlegte, der Fall gewesen. Den Richtern, welche sie nach der Ursache der That befragten, antwortete sie: eine innere Stimme und ein Zuruf, welcher von Gewalt und Zwang wenig entfernt gewesen wäre, habe ihr gleichsam befohlen, dass sie Feuer anlegen und sich das Leben nehmen sollte." (*W. Jessen* loc. cit. S. 14).

Die Analogie dieser Fälle, namentlich des letzteren [1]) mit demjenigen der Natalie X. ist unverkennbar — sowohl bezüglich der ätiologischen Momente, als auch in Betreff der impulsiven Angst-Anfälle. Diese letzteren sind nun zwar bei der hervorragenden Rolle, welche sie in der Geschichte der durch Geisteskranke verübten Verbrechen, namentlich in der Geschichte der sogenannten Monomanien, Mord-Monomanie, Pyromanie etc. spielen, in foro keineswegs ganz unbeachtet geblieben: es konnte unmöglich übersehen werden, dass gerade Anfälle der geschilderten Art als nächste motorische Factoren bei Verübung der oft horrenden Gewalt-Acte in den Vordergrund der Erscheinungen treten. Gleichwohl sind dieselben, wie mir scheint, vom eigentlich pathologischem Standpunkte aus, noch zu wenig gewürdigt. Je nach den besonderen Umständen, unter denen solche Anfälle auftreten und je nachdem das eine oder das andere Krankheits-Element bei ihnen überwiegt, sind sie verschiedentlich aufgefasst und in verschiedene Kategorien anomaler Seelenvorgänge untergebracht worden. Man findet sie als einfache Paroxysmen melancholischer Gemüthsverstimmung geschildert, als Paroxysmen heftiger Präcordialangst; z. Th. unter dem Namen „Raptus melancholicus," welche Bezeichnung dem impulsiven Charakter des Anfalls schon mehr Rechnung trägt; in anderen Fällen wird von dem Beobachter oder Berichterstatter mehr die gleichzeitig auftretende Hallucination in's Auge gefasst und oft in vielleicht zu exclusiver Weise accentuirt; einzelne dieser Fälle stellen sich durch den eigenthümlichen Inhalt der Hallucination als sog. Daemono-Mania oder Daemono-Melancholia dar; ferner

[1]) Es ist dieser Fall gerade derjenige, über welchen das Gutachten *Platner*'s (De amentia occulta alia observatio quaedam) handelt und von welchem, wie *W. Jessen* bemerkt, *Casper* sowohl als *Ideler* die Lehre vom Brandstiftungstriebe datiren.

dürfte wohl auch ein Theil der als Mania transitoria beschriebenen Fälle, sowie der epileptischen Wuthanfälle hierher zu zählen sein; endlich begegnet man solchen Anfällen gar nicht selten bei hysterischer Geistesstörung unter der viel umfassenden Firma „Hysterische Anfälle“ — sowie bei partieller Verrücktheit unter der allgemeinen Bezeichnung „Intercurrente Aufregungs-Paroxysmen.“ Wenngleich auch hier das „Distinguendum est“ seine volle Berechtigung hat und gegen die nähere Qualificirung der Anfälle je nach den denselben zu Grunde liegenden allgemeinen Krankheits-Zuständen und Dispositionen an und für sich nichts einzuwenden sein dürfte, so erscheint es andererseits doch auch nicht minder gerechtfertigt, bestimmte, in einer charakteristischen Ausprägung und mit einer gewissen Constanz wiederkehrende Symptomen-Complexe als solche auch durch eine besondere Bezeichnung schärfer zu präcisiren und in ihrer Eigenthümlichkeit näher zu würdigen — in analoger Weise, wie man die den epileptischen Anfall constituirende Symptomengruppe durch eine besondere Bezeichnung als einen bestimmt charakterisirten Krankheits-Vorgang gekennzeichnet hat, — trotzdem nicht allein der epileptische Anfall in seiner Erscheinungsweise mannichfache Variationen darbietet, sondern auch insbesondere die der Epilepsie zu Grunde liegenden allgemeinen Krankheitszustände sehr verschiedenartiger Natur sein können. —

Für die in Rede stehenden „impulsiven Angst-Anfälle“ ist nun hauptsächlich charakteristisch das ziemlich plötzliche Auftreten eines mit Angst verbundenen motorischen Impulses und das gleichzeitige Erscheinen entsprechender meist imperativer Hallucinationen, sogenannter befehlender Stimmen oder beängstigender Visionen. Die Plötzlichkeit des Auftretens, die oft sehr kurze Dauer dieser Anfälle, die Prägnanz, mit welcher die krankhaften Auslösungen psychomotorischer Spannungen in den Vordergrund der Erscheinungen treten, der convulsivische Charakter[1]) welchen in solchen Anfällen die psychischen Vorgänge darbieten, sind Vergleichsmomente, die sehr an epileptische Krämpfe erinnern

[1]) Conf. *Guislain*, Leçons orales.

und Veranlassung gegeben haben, die in Rede stehenden Anfälle als eine Art modificirter epileptischer Anfälle zu bezeichnen oder wohl gar mit wirklicher Epilepsie zu identificiren. In wie weit eine solche Gleichsetzung thatsächlich zutreffend ist, will ich hier nicht weiter untersuchen; immerhin verdient Beachtung, dass die fraglichen Anfälle besonders häufig bei solchen Geisteskranken vorkommen, welche entweder mit wirklicher Epilepsie behaftet oder doch in ihrer frühesten Lebensepoche von epileptiformen und ähnlichen krampfhaften Leiden heimgesucht gewesen sind, — sowie, dass sie ausserdem insbesondere auf hysterischer Basis und im Anschlusse an menstruale und puerperale Processe sich entwickeln. Alle diese Umstände weisen schon im Allgemeinen auf einen krampfhaften Charakter hin. Der letztere lässt sich aber in einzelnen Fällen noch specieller nachweisen — unbeschadet der Bedeutung welchen auch fluxionäre Processe haben können. Es wäre deshalb wohl der Mühe werth, die fraglichen impulsiven Anfälle zum Gegenstande einer besonderen monographischen Bearbeitung zu machen. Die Beobachtung einer grösseren Zahl von solchen, ihrer Objectivirung nach sehr verschiedenartigen impulsiven Angstanfällen hat mich die Ueberzeugung gewinnen lassen, dass es sich bei ihnen um krampfhafte Vorgänge in ganz bestimmten Bezirken des Central-Nerven-Systems handelt; dass diese Anfälle zwar insofern eine grosse Mannichfaltigkeit darbieten [1]), als die Zielpunkte, gegen welche sich die krankhafte Impulsion

[1]) Als ein Beispiel solcher impulsiver Angst-Anfälle möge die kurze Mittheilung eines solchen ohne jegliche aggressive Tendenz hier Platz finden: Theophil Z., Sohn eines Lehrers, seit seinem fünften Lebensjahre an Epilepsie, seit etwa zwei Jahren auch an ausgeprägten Anfällen geistiger Störung leidend, fährt eines Tages im Winter 1869 auf der Eisenbahn nach D. Mitten in der Fahrt überkommt ihm plötzlich eine grosse innere Angst und ein überwältigender Drang aus dem Zuge zu springen; er hört eine innere Stimme sagen: die Welt gehe gleich unter; in Folge dessen springt er auch wirklich mitten im vollen Fahren aus dem Eisenbahn-Waggon. — Die Epilepsie hatte bei ihm nach den ersten Insulten im fünften Lebensjahre bis zum siebenten Lebensjahre und später noch einmal vom zehnten bis zum funfzehnten Lebensjahre pausirt. Sein Schädel war von geringer Capacität, eine Schwester gleichfalls epileptisch.

richtet, hundertfach verschieden sein können und als somit auch die durch sie bedingten mehr oder weniger gemeingefährlichen Handlungen an und für sich sehr heterogener Natur sein können — dass der eigentliche pathologische Vorgang bei denselben aber dem ungeachtet im Wesentlichen ein ganz gleicher ist.

Sitz und Natur dieser auf cerebrospinalem Gebiet sich abspielenden Vorgänge näher zu bestimmen, muss freilich noch weiterer Forschung vorbehalten bleiben. Dieselbe wird sichere Resultate jedoch nur erwarten dürfen, einerseits von Herbeischaffung einer grösseren Summe wohlconstatirter pathologisch-anatomischer Befunde und genauer, nicht allein forensischer sondern auch klinischer Beobachtungen — andererseits von der vergleichenden Methode. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend habe ich mich in der gegenwärtigen Arbeit nicht auf die einfache Mittheilung des beobachteten Falles von epileptischer Pyromanie beschränkt, sondern geglaubt, auch andere analoge, eigene und fremde Beobachtungen in den Kreis einer vergleichenden Erörterung ziehen zu sollen, — zumal hier die vergleichende Methode ja auch vom praktisch-forensischen Gesichtspunkte vor allen anderen berechtigt sein dürfte; denn erst durch eine vergleichende Beobachtung wird man ein richtiges Verständniss der fraglichen Vorgänge gewinnen und erst dann, wenn man dieselben in verschiedenartigen geisteskranken Zuständen und unter verschiedenen Umständen klinisch zu beobachten Gelegenheit gehabt hat, wird man im Stande sein, dieselben in ihrem Wesen zu würdigen, das Charakteristische ihrer Phänomenologie zu erkennen und wirklich pathologische Impulse von simulirten resp. hypothetisch supponirten sogenannten Monomanien zu unterscheiden. Als ein erster Versuch, die Pyromanie- resp. Monomanie-Frage vom rein pathologischen und klinischen Standpunkte aus zu bearbeiten resp. einen Beitrag hierfür zu liefern, möge die vorstehende Arbeit einer nachsichtigen Beurtheilung empfohlen sein.

Casuistik.

Zur Casuistik der Hirnabscesse. — Leroux, Kriegsgefangener, 25 J. alt, wurde in den ersten Tagen des Februar 1871 im Lazareth zu Rastatt aufgenommen. Die Untersuchung ergab eine fluctuirende Geschwulst, wahrscheinlich durch Periostitis bedingt, von Eigrösse, über dem linken Ohr, vom Jochbogen bis zur Mitte des Proc. mastoideus. Nach einigen Tagen entleerte sich dieselbe in den äusseren Gehörgang. Es bildete sich Otitis externa, die zur Perforation des Trommelfells führte. Eine geeignete Behandlung beseitigte rasch die lokalen Beschwerden. Cerebrale Erscheinungen wurden nicht beobachtet und als die Eiterung gehoben war, konnte Pat. anscheinend genesen entlassen werden (Mitte Februar).

Am 10. März wurde er wieder in's Spital gebracht. Nach den Angaben seiner Umgebung hatte er sich inzwischen wohl befunden und nichts Krankhaftes dargeboten. Am Tag vor seinem Eintritt war er plötzlich schwindlig geworden, hatte getaumelt, nicht mehr gegessen, ein auffallend verändertes Wesen dargeboten.

Bei der Aufnahme tiefer Sopor, weite, fast gar nicht mehr reagirende Pupillen. Glieder gelähmt und unempfindlich. Resp. langsam, schnarchender Athem, Puls 60, Temp. 36,0. Unter fortschreitender allgemeiner Lähmung erfolgte nach $1\frac{1}{2}$tägiger Agone der Tod in tiefem Coma.

Die Section ergab folgenden interessanten Befund:

Diploë sowie sämmtliche Sinus der Dura mater hochgradig mit Blut überfüllt. In der mittleren linken Schädelgrube, dicht über dem Felsenbein, gegenüber der Stelle, wo aussen die mittlere Wurzel des Proc. zygomat. entspringt, sind Pia und Dura mater sowohl mit einander als mit der Schädelwand fest im Umfang von 1 Cm. verwachsen. Nach Entfernung der Dura, die hier sehr hyperämisch, zeigt sich die unterliegende Knochenfläche wie siebförmig durchlöchert, cariös und hyperämisch. Aus einem etwa Federkieldicken, fast bis zur Aussenfläche des Schädels dringenden Kanal, in dessen Umfang die übrigens nirgends durchbrochene Dura fest angeheftet ist, kommt Eiter hervor. Ein sagittaler Durchschnitt des Knochens ergiebt eine bis zum Proc. zygomaticus nach aussen dringende etwa 1 Cm im Umfang betragende eitrige Infiltration und cariöse Zerstö-

rung des Knochens. Bei Herausnahme des Gehirns reisst an der Basis des linken Schläfenlappens, genau entsprechend der Stelle wo Pia und Dura mit einander verwachsen sind, die Corticalis ein und ergiesst sich eine ziemlich grosse Menge gelblich grünen Eiters.

Fast der ganze Unterlappen des linken Grosshirns zeigt sich in eine 1 Zoll nach allen Durchmessern betragende Abscesshöhle umgewandelt, die nach unten und aussen bis zur Corticalis, nach innen bis zur äusseren Wand des Mittelhirns reicht. Sie ist mit Eiter gefüllt, in dem einzelne kleine Blutgerinnsel schwimmen und mit einer pyogenen Membran von 1 Linie Dicke allseitig ausgekleidet und durch diese von den übrigen Hirnparthien abgeschlossen. Die Abscesswand enthielt zahlreiche kleine Blutextravasate herrührend von capillären Apoplexien. In der Umgebung des Abscesses findet sich die Marksubstanz etwa 4 Linien weit safrangelb gefärbt durch Imbibition von Blutfarbstoff und breiig erweicht. Ausserhalb dieser Zone finden sich durchaus normale Strukturverhältnisse. Im Uebrigen bietet das Gehirn ausser venöser Hyperämie und seröser Durchfeuchtung seiner Masse sowie der Pia Nichts Bemerkenswerthes.

Die Untersuchung des Ohrs ergiebt das Trommelfell geschlossen, das ganze Cavum tympani eitrig infiltrirt, die Mucosa geschwellt und hyperämisch. Die Knochenzellen des Proc. mastoideus, sowie des inneren Ohrs ohne Veränderungen.

In den Lungen diffuser Bronchialcatarrh und einige kleine catarrhalisch-pneumonische Heerde.

Ueber die Deutung des gefundenen Processes kann wohl kein Zweifel bestehen. Sein Beginn war eine umschriebene Osteitis des Schädels mit folgender cariöser Zerstörung, durch welche auch die Eiteransammlung über dem Ohr bedingt war. Der entzündliche Reiz des lokalen Entzündungsheerdes führte per contiguitatem zunächst zu einer umschriebenen Entzündung der Dura und Pia, von der aus, vermuthlich dem Lauf eines in das Hirn eintretenden Gefässes folgend, der Entzündungsprocess sich in das Hirn fortsetzte und dort zu einer umschriebenen abscedirenden Entzündung führte. Der Umstand, dass eine vollkommene pyogene Membran den Abscess auskleidete, was vor der 7. Woche nach der Zusammenstellung von *Meyer* (Zur Pathologie des Hirnabscesses. Zürich 1867) nicht vorkommt, erlaubt den Schluss, dass schon zur Zeit, wo der Abscess aussen am Schädel auftrat, die Hirnvereiterung begonnen hatte. Auffallend ist die Latenz des umfänglichen Heerdes bis zur Katastrophe, die aber gerade bei Hirnabscess nicht selten ist und in unserem Fall sich wohl aus der geringen physiologischen Dignität des zerstörten Hirntheils erklären dürfte. Ein ursächliches Moment für die Schädelcaries konnte nicht ermittelt, Syphilis ausgeschlossen werden.

Dr. *R. von Krafft-Ebing.*

Ein Fall von Mania transitoria. — Der im Nachstehenden mitgetheilte Fall von Mania transitoria erschien mir durch die eigenthümliche Entstehungsweise bemerkenswerth, es liess sich ausser der Gemüthsbewegung nichts eruiren, was die Psychose hätte begründen können. Der Kranke war stets solid, er trank nicht und hatte sich auch nach seiner Einberufung zur Armee keinen Excessen hingegeben; von Epilepsie war gleichfalls nichts zu bemerken; kein Familienglied war mit epileptischen Krämpfen behaftet.

Friedr. K, Gastwirth aus dem Braunschweigischen, 35 Jahr alt, evangelisch, stammt aus einer Familie, in welcher weder Geistes- noch sonstige Nervenstörungen bisher vorgekommen sind. Patient ist früher immer gesund gewesen; er ist jetzt als Landwehrmann eingezogen, ist Unteroffizier und hat sich stets gut geführt. Wenige Tage vor seiner Aufnahme hatte Patient von seinem ausserordentlich strengen Vorgesetzten wegen einer Bagatelle 3 Tage strengen Arrest und einen Verweis erhalten und letzteren zwar öffentlich, auf dem Bahnhof, wo seine Compagnie die Wachtposten versorgte, in Gegenwart eines ziemlich zahlreichen Publikums. Beim Abführen nach dem Arrestlokal zeigte sich der anfangs etwas sehr deprimirte K. plötzlich ausgelassen heiter, sang, lachte, schwatzte confuses Zeug, warf die Mütze in die Luft und fing sie wieder auf etc. kurzum er geberdete sich in der auffallendsten Weise.

Im Arrestlokal selbst dauerte dieser Zustand fort. Patient hatte Hallucinationen des Gesichts- und Gehörsinnes: glaubte sich im Gefecht, jedoch in nächster Nähe von Halle; er glaubte Giebichenstein solle mit Sturm genommen werden, entwickelte eine unnütze Geschäftigkeit, riss z. B. den Ofen ein u. s. w. und bereitete seinen Hütern grosse Schwierigkeiten, so dass dieselben ihn am 2. Tage seiner Haft nach dem hiesigen Asyle ablieferten, wo er am 28. Aug. ankommend folgenden Status präsens zeigte:

Patient ist von grosser herkulischer Gestalt, knochigem Bau, leidlicher Ernährung. Die Hauttemperatur ist wenig oder gar nicht erhöht, die Haut selbst grau, hin und wieder schwärzlich mit Russflecken überzogen, die vom Einreissen des Ofens herrühren; ebenso schwarz oder noch intensiver sind die Hände. Kopf gut entwickelt, Capillitium mit reichlichem dunkelbraunem Haar bedeckt. Die Stirn ist etwas geröthet und heiss. Die Temporalarterien klopfen etwas auffallend. Die Augen stehen gerade. Conjunctiva bulbi et scleroticae etwas injicirt, sonst nicht abnorm. Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt einen weissgelben Belag. Die Lippen haben braune Krusten, sind rissig und trocken. Der Hals ist dick, Carotidentöne rein, die beiden Carotis pulsiren auffällig. Brust- und Bauchorgane bieten bei der physikalischen Untersuchung nichts Abnormes dar. Die Extremitäten bieten ausser einigen ganz unbedeutenden Excoriationen, welche Pat. sich durch Kratzen zugezogen, nichts Besonderes dar. Die

Delirien, welche Patient im Arrestlokal zeigte, wiederholten sich oder bestanden auch in der Anstalt fort; dieselben hatten stets etwas vom Grössenwahn; Pat. glaubte avancirt zu sein, hält sich für einen Officier, commandirt, glaubt sich im Gefecht; jammert dann aber auch wieder mit kläglicher Miene über seine Verwundungen an den Beinen; behauptet nicht gehen zu können und knickt beim Aussteigen ev. Herausheben aus dem Omnibus sofort zusammen und muss nach der bezüglichen Abtheilung getragen und auf das Bett gelegt werden. Dieser Transport fiel auf den 2. Tag des Bestehens der Störung.

Bald nach der Ankunft wurde Patient in ein lauwarmes Bad von 27° Reaum. gebracht und ihm in demselben kalte Umschläge und Uebergiessung auf Kopf und Rücken applicirt. Nach dem Bade war Patient erheblich ruhiger und nahm was er im Arrest nur mit Widerstreben gethan, ohne erhebliches Zureden Nahrung zu sich. — Nach einer Dosis von 2 Grm. Chloralhydrat verbrachte Patient die ganze Nacht ziemlich fest schlafend.

Am folgenden Tage erneutes Bad, wie das vorige mit kalten Umschlägen und von $^1/_2$stündiger Dauer, danach trat grosses Wohlbefinden ein; die Delirien hörten auf und Patient gab auf an ihn gerichtete Fragen ganz verständige Antworten, spricht über die Ereignisse der letzten Tage in einer Weise, welche auf ein nur unklares Erinnerungsvermögen schliessen liess Eine gewisse Schwäche und Mattigkeit war das einzige, was noch an dem Patienten zu bemerken war; er sehnte sich nach Beschäftigung und nachdem Patient sich einige Zeit mit Gartenarbeiten beschäftigt hatte, trat er an die Stelle eines ausgeschiedenen Wärters, welche er längere Zeit hindurch zur vollen Zufriedenheit seines Vorgesetzten versah, bis er, völlig genesen, von hier entlassen, wieder zu seinem Truppentheile zurückkehren konnte.

Dr. med. *H. Böttger.*

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Sitzung des südwestdeutschen Vereins für Psychiatrie zu Karlsruhe, den 2. October 1871.

Anwesend sind die Herren *Fischer* von Pforzheim, Geheimerath *Roller*, die Hilfsärzte *Neumann* und *Roller* jun. von Illenau, Director *Pelman* von Stephansfeld, Professor *Brenner* von Basel, Director *Brutzer* von Riga, *von Krafft* von Baden. Ausserdem hatten sich aus Karlsruhe eingefunden die Herren Geheimerath *Molitor*, Medicinalrath *Kusel*, *Homburger* und *Salper*.

Herr Geheimehofrath *Fischer* eröffnet die Sitzung mit einigen begrüssenden Worten. Er spricht seine besondere Freude aus den deutschen Director einer elsassischen Anstalt begrüssen zu dürfen.

Herr Geheimehofrath *Fischer* wird mit Acclamation zum Präsidenten gewählt.

Zu Schriftführern werden *Neumann* und *Roller* jun. bestimmt.

Erster Gegenstand der Tages-Ordnung ist der Vortrag des Herrn Geheimerath *Roller*:

Die Psychiatrie in ihrer Beziehung zu andern praktischen Gebieten.

Hieran schloss sich eine längere Discussion, aus welcher wir Folgendes hervorheben.

Prof. *Brenner* findet, dass in Baden zu wenig für die Irrenversorgung geschehe. 2 Anstalten seien zu wenig für den „grossen" Staat Baden. In der Schweiz geschehe seit 20 Jahren durch Neugründung von Anstalten weit mehr. Anstalten seien das beste Mittel Irre unterzubringen und dadurch mancherlei Unglücksfällen vorzubeugen. Die Localversorgung sei in den meisten Fällen illusorisch wegen des Widerstandes der Angehörigen, wegen unzweckmässiger Behandlung der Gestörten u. s. w.

Roller erwidert, es sei selbstverständlich, dass gefährliche und der öffentlichen Sittlichkeit anstössige Irren in den Anstalten verpflegt würden, aber es könnten doch sehr viele Irren ausserhalb der Anstalten leben, für Solche, die bloss lästig seien, zu sorgen bleibe immer eine Pflicht der Familien und Gemeinden.

Brenner findet das häufige Entmündigungsverfahren dem Kranken

gegenüber für zu hart. Nach seiner Meinung würde eine Verbeistandung des Kranken genügen, ohne dass derselbe mundtodt gemacht würde.

ad VI. wünscht Redner, dass in Fällen, wo der Sträfling von seiner Störung wieder genesen ist, das ganze Strafverfahren einer Revision unterworfen werde, indem dadurch gewiss in vielen Fällen das Bestehen einer Geisteskrankheit zur Zeit der That constatirt werde.

von Krafft hält es für am Zweckmässigsten im Interesse des Genesenen auf dem Weg der Gnade einen Nachlass der Strafe zu erwirken. — Die Juristen handelten nach seinen Erfahrungen gewöhnlich nach dem Grundsatz „Fiat justitia" etc.

Fischer bemerkt, dass es hierbei auf die Ansicht und den guten Willen des Justizministeriums ankomme.

ad IX. fordert *Brenner*, dass die Rücksicht auf die militärische Ehre vollständig in den Hintergrund treten müsse. Er halte die Reactivirung von geisteskrank gewesenen Officieren für unthunlich. Recidive seien zu leicht möglich und wenn solche Officiere auch für den Gamaschendienst ausreichten, so seien sie zur Ertragung der Strapazen eines Feldzugs unfähig. Sie müssen von der Liste der Offiziere unerbittlich gestrichen werden.

Roller erwiedert, dass es doch Fälle gebe, wo die Wiedergenesung eine so vollständige sei, dass ein Recidiv nicht zu fürchten. Man müsse aber individuell streng unterscheiden zwischen Fällen die zur Wiedererkrankung disponirt sind und solchen, wo dies nicht der Fall ist. Principielle Ausschliessung vom Dienst sei eine unberechtigte Härte.

ad X. verlangt *Brenner*, dass die Gesetze eine erzieherische Absicht haben sollten. Er meint, die einmalige Ueberstehung des Delirium tremens solle für die Frau ein berechtigter Ehescheidungsgrund werden.

ad VII. bemerkt *Fischer*, dass die badische Lebensversicherungsgesellschaft die Police ausbezahle, wenn der Selbstmörder seelengestört gewesen. Ebenso die Gesellschaft Gresham, wenn der Betreffende 1 Jahr lang versichert gewesen war.

Roller führt zum Beweis, wie wenig bei den Lebensversicherungsgesellschaften die richtige Anschauung vorhanden sei, an, dass die Gothaer auf die ihr gemachten Vorstellungen erwiedert habe, der Eintritt sei ja freiwillig, die Bestimmung wegen der Selbstmörder sei bekannt und verhüte vielleicht manchmal den Selbstmord.

von Krafft tadelt, dass die genannten Gesellschaften nicht zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit bei den Selbstmördern unterscheiden.

Die Tagesordnung führt nun zu dem Vortrag des Herrn Geheimehofrath *Fischer* über

Hilfsvereine für arme Entlassene.

Roller widmet den Vorschlägen des Redners einige empfehlende Worte.

Fischer erzählt von der segensreichen Wirksamkeit eines derartigen Vereins im Canton St. Gallen, wo einem jeden Entlassenen wenn nöthig

ein Patron zur Unterstützung und Beaufsichtigung beigegeben sei. Er vertheilt Berichte über die Wirksamkeit des dortigen Vereins.

Molitor erwähnt des Vereins für entlassene Sträflinge und wünscht, dass das Ministerium des Innern für genesene Irre ähnliche Vorkehrungen treffe.

Pelman schildert die Thätigkeit des im Elsass bestehenden s. g. patronage, giebt nach der kleinen Schrift „Oeuvre du patronage des aliénés indigents etc. (Strasbourg, imprimerie de veuve Berger Leorault)" einige Daten und vertheilt jene Schrift (an die Anwesenden). Das Vermögen des Patronage bestehe im Elsass aus mehr als 20,000 Fcs., zusammengebracht sei es durch freiwillige Beiträge, Schenkungen, Lotterien u. dgl.

Roller erwähnt, dass in Illenau seit vielen Jahren eine Kasse für arme Entlassene bestehe, gebildet aus dem Vermächtniss eines verstorbenen Physikus, des Dr. *Zeller* in Lorrach, aus den Kirchenopfergeldern und sehr reichlich fliessenden freiwilligen Beiträgen.

Brenner schlägt vor, dass die Anwesenden sich als Comité für einen Verein zur Unterstützung entlassener Pfleglinge constituiren. Sein Vorschlag findet allseitige Zustimmung.

von Krafft beantragt zur Förderung des Unternehmens die Presse zu benützen.

Neumann. *Roller* jun.

Vorschlag des Geh. Hofrath Dr. *Fischer* zur Gründung von Hilfsvereinen für arme aus den Irrenanstalten entlassene Pfleglinge.

Den Anstaltsärzten ist hinlänglich bekannt, welche Schwierigkeiten sich oft den Entlassungen genesener oder gebesserter Armen entgegenstellen, wie diese Unglücklichen in ihrer Heimath aufgenommen werden, und welch trauriges Loos ihnen oft zu Theil wird.

Sowohl von Seiten der Angehörigen, als der Gemeinden wird manchmal der Entlassung der grösste Widerstand entgegengesetzt und es kommt nicht gar selten vor, dass sie Niemand in der Gemeinde aufnehmen will. Es giebt Fälle, wo die Anstaltsärzte den zu Entlassenden den Angehörigen gegenüber ernstlich vertheidigen müssen, entweder weil diese an die Genesung nicht glauben wollen, oder in steter Sorge wegen eines Rückfalls leben, oder voll Angst und Furcht vor dem zu Entlassenden sind, besonders wenn er in der Krankheit aufgeregt oder selbst tobsüchtig war, zu ärgerlichen Auftritten Veranlassung gab, und Excesse und Gewaltthätigkeiten verübte. Oder aber man verlangt auch, dass solche wiedergenesene Pfleglinge, welche vor der Erkrankung schon arbeitsscheu, dem Trinken und Vagabundiren ergeben waren, so lange in der Anstalt bleiben sollen, bis sie auch moralisch so gebessert sind, dass sie heimgekehrt weder den Angehörigen, noch den Gemeindebehörden irgend welche Mühe mehr machen. Wird endlich der Widerstand überwunden, kommen die Unglücklichen nach

Hause, wohin sie nicht selten der Polizeidiener abholt, so sind sie schon oder werden oft an den Wenigstnehmenden versteigert oder in ein elendes Armenhaus gesteckt, und bei den Einwohnern im Kehrt herumgefüttert. In der Regel nehmen sich die Ortsbehörden derselben kaum so weit an, als sie amtlich gezwungen sind. Andere behandeln sie gleichgültig bis lieblos, — man lässt sie gehen, lässt sie betteln, oder man fürchtet und meidet sie, oder sie sind allerlei Reizungen und Neckereien ausgesetzt. So haben sie häufig wieder den Kampf mit dem Elend und all den Ursachen, welche ihre Seelenstörung hervorgerufen haben, auf's Neue zu beginnen.

Es ist begreiflich, dass unter solchen Verhältnissen, bei dem Uebergang aus einem zwar abhängigen, aber geordneten und wohlthätigen Zustande, aus einer liebevollen und humanen Pflege in die völlige Freiheit, in eine Gesellschaft, die sie nicht verstehen will und sie eher zurückstösst, als anzieht, Rückfälle erfolgen.

Manche Genesene äussern auch grosse Besorgniss über ihr ferneres Ergehen ausserhalb der Anstalt, da sie eine lieblose Behandlung und ihr trauriges Loos voraussehen; dass Einzelne lieber auswandern, ist erklärlich.

Man glaubt nicht, wie wenig die christliche Nächstenliebe manchmal in diesem Punkten noch leistet; man glaubt nicht, wie selten sich hier der Menschenfreund blicken lässt, auf den Einige, denen die Erfahrung abgeht, so grosses Vertrauen setzen wollen.

Allerdings ist in den letzten Jahrzehnten Vieles besser geworden, als es früher war. Die Regierungen haben dem Irrenwesen mehr Aufmerksamkeit zugewendet und in den meisten Ländern für Anstalten, Behandlung und Verpflegung der Kranken das Möglichste gethan. Die Anstaltsärzte sind um Verbreitung gesunder Ansichten über die Krankheit und ihre Heilung bemüht; sie haben bereits machem Unfug gesteuert und manches Vorurtheil gehoben. Viele andere Aerzte haben sich dem schwierigen und darum früher sehr gemiedenen Felde der Psychiatrie genähert und auf demselben mitzuarbeiten versucht.

Allein es ist noch unendlich viel zu thun übrig, und es scheint jetzt vor Allem Pflicht zu sein, den aus den Anstalten entlassenen Armen auch ausserhalb derselben nach Kräften beizustehen und aufzuhelfen, damit sie nicht wieder dem Elend und der Noth, der Lieblosigkeit und Verachtung preisgegeben werden, und darum in die Anstalten zurückwandern müssen.

Am erfolgreichsten wird dieses durch Gründung von Vereinen geschehen, welche nicht nur für die zweckmässige Unterbringung, geeignete Verpflegung und Beschäftigung der zu Entlassenden sorgen und sie überwachen, sondern die Entlassenen auch gegenüber dem Publikum in ihren Schutz nehmen, ihnen mit Rath und That an die Hand gehen, und um etwaige Nothstände zu beseitigen, auch mit Geldmitteln versehen.

Bereits wurde ein solcher Verein im Jahre 1830 durch *Lindpaintner* in Eberbach (Nassau) gegründet, der sich nach den damaligen Verhältnissen auf die aus dem Irren-, Correktions- und Zuchthause Entlassenen erstreckte.

Ein gleicher Hilfsverein (Patronage) wurde 1841 von *Falret* in Paris für entlassene Frauen gegründet und sogar für die dürftigsten ein Asyl geschaffen. Beide hatten nach den spätern Jahresberichten sehr erfreuliche Resultate aufzuweisen.

Ein eben solcher Verein wurde durch Dr. *Zinn* in St. Pirminsberg am 23. Mai 1866 für den Kanton St. Gallen ins Leben gerufen. Dieser Verein stellt sich insbesondere die Aufgabe: „genesende Gemüthskranke und hauptsächlich genesen oder gebessert aus St. Pirminsberg entlassene Arme und Hülfsbedürftige möglichst vor neuer Erkrankung und vor Rückfällen zu schützen.“ Der Entlassene erhält einen Schutzpatron aus den Mitgliedern des Vereins, der zugleich die Correspondenz mit dem Comité besorgt. Als weitere Aufgabe strebt dieser Verein überhaupt die Hebung der öffentlichen Irrenpflege, Beseitigung von Vorurtheilen gegen Irrsein und Irrenanstalten an, und wirkt namentlich auch dafür, dass frisch Erkrankte frühzeitig der Anstalt übergeben werden, indem davon wesentlich die Möglichkeit der Heilung abhängt.

Die Jahresberichte dieses Vereins sprechen sich sehr befriedigend über die Ergebnisse seiner Wirksamkeit aus, denselben sind verschiedene, populär gehaltene Belehrungen über Behandlung Geisteskranker und die Grundzüge der Irrenpflege, über Erblichkeit und Krankheitsursachen beigegeben.

Es ist gewiss richtig, was im letzten Berichte gesagt ist; nämlich je mehr die Bevölkerung über das Wesen, die Erscheinungen und Aeusserungen des Irreseins zum Verständniss kommt, desto leichter werden auch die Zwecke des Vereins erzielt werden können. Heute möchte ich die Herren Collegen auffordern, da, wo solche Vereine noch nicht bestehen, zur Gründung derselben kräftig aufzufordern. Es ist zu wünschen, dass denselben so viel als möglich Aerzte beitreten. Sie besonders werden segensreich zu wirken im Stande sein, da sie den tiefsten Einblick in das menschliche Elend haben, die Entlassenen oft schon vor ihrer Erkrankung kannten, die Ursachen derselben ermittelten, und daher durch Aufmerksammachen auf schädliche Einflüsse am ehesten Rückfälle verhüten können. Die Aerzte sind es auch, welche dem Publikum auf die beste Art und Weise die Grundzüge einer verständigen Irrenpflege beibringen werden.

Die Mitwirkung der Geistlichen sollte da, wo willfährige und hierzu gebildete gefunden werden, möglichst gefördert werden. Sie werden den Entlassenen Trost und Beruhigung bringen, und das Publikum lehren, dieselben mit christlicher Nächstenliebe zu behandeln. An manchen Orten werden sich ohne Zweifel auch die Lehrer herbeilassen, die Beschützer unglücklicher Mitmenschen zu werden.

Die Vorstände der Bezirke und Gemeinden werden sich vor Allen der Sorge für die entlassenen Armen nicht entschlagen dürfen. Sie müssen zuerst in den Verein hereingezogen werden. Ihrer Unterstützung bedürfen die Vereine am nothwendigsten.

An der Spitze der Vereine müssen jedoch die Namen der Regierungs-

und Medizinal-Respizienten stehen, das wird der Sache Ernst und Nachdruck geben, Andere zum Beitritt aufmuntern, so Gott will, wird die Bereitwilligkeit und Liebe dazu nicht fehlen. Dass die Anstaltsärzte die Leitung in die Hand nehmen ist wohl selbstverständlich. Sie werden auch theilweise im Stande sein, etwa nöthige Geldmittel zu schaffen.

Protokoll
der zweiten Sitzung der südwestdeutschen Psychiater am 3. October 1871 in Carlsruhe.

Anwesend die Direktoren *Dick*, *Brutzer*, *Fischer*, *Pelmann*, Professor *Brenner*, die Assistenzärzte *Brenzinger*, *Kirn*, *Löchner*, *Schüle*, Bezirksarzt *Reich;* und mehrere Herren Collegen aus Carlsruhe als Gäste.

Auf Vorschlag des Direktor Dr. *Fischer* wurde Direktor Dr. *Dick* zum Vorsitzenden erwählt, zum Protokollführer Dr. *Löchner* ernannt.

Dr. *Schüle* hielt seinen Vortrag über Hirnsyphilis und Geisteskrankheiten, und weist insbesondere charakteristische mikroskopische Befunde nach.

Dr. *Reich* giebt an, dass bei syphilitischen Irren häufig Remissionen eintreten sollen.

Dr. *Brenzinger* und *Fischer* erwähnen einer interessanten Erkrankung einer Frau, welche, mehrere Monate im Klinikum zu Heidelberg an Syphilis behandelt, allmählich in Blödsinn verfiel mit verschiedenen Lähmungserscheinungen (Ptosis, Strabismus, Erweiterung einer Pupille, erschwerte Sprache etc.), und während der Behandlung mit Jodkali und Jodeisen genas. Seit Jahresfrist blieb sie gesund und verdient ihr Brod durch Händearbeit.

Dr. *Brutzer* theilt einen Fall von Dementia paralytica mit Syphilis mit, bei dem der Gehirnbefund ähnlich dem von *Schüle* erwähnten war.

Dr. *Kirn* beobachtete eine Kranke mit constitutioneller Syphilis und Exaltationssymptomen, bei welcher Jodkalium die somatische und psychische Heilung bewirkte.

Dr. *Brenzinger* hielt hierauf seinen Vortrag über subcutane Injectionen des Digitalins, — 1 Digital. 20 Glycerin, — Ergebnisse von Kontrollversuchen über Beobachtungen seines Collegen *Otto*. Sie bemerkten bei grösseren Dosen von 2 bis 2½ Milligr. eine sehr beträchtliche Temperatursteigerung und Pulsfrequenz noch einige Stunden ansteigend und später unter die Norm sinkend. Kleinere Gaben blieben wirkungslos.

Eine Reizung des Sympathicus ist am sichersten anzunehmen, Vorzeigung von Temperatur- und Pulstabellen mit sphygmographischen Zeichnungen.

Die Injektionen werden fortgesetzt, um ihre therapeutische Wirkung bei Epilepsie zu erfahren.

Zum Schluss wird auf den Vorschlag des Dr. *von Krafft-Ebing* Strassburg zum nächsten Versammlungsort gewählt, mit dem Vorort Stefansfelden.

Dr. *Löchner*.

Bericht über die zum 19. Sept. d. J. in Rostock anberaumte Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte.

Erschienen waren die Herren Drr. *Müller* aus Blankenburg, *Stein* aus Petersburg, *Mendel* aus Pankow, *Westphal* aus Berlin, *Fraenkel* aus Dessau, *Wendt* aus Allenberg, *Koeppe* aus Halle, *Rienecker* aus Würzburg, *Flemming* aus Schwerin, *Tigges* aus Marsberg, *Snell* aus Hildesheim, *Brosius* aus Bendorf, *Laehr* aus Schweizerhof.

Als Tages-Ordnung war aufgestellt:

1) Wahl zweier Mitglieder des Vorstandes zum Ersatz der statutengemäss Austretenden.

2) Bericht über die Verhandlungen des Vorstandes mit dem General-Inspector der französischen Irrenanstalten Herrn Dr. *Lunier* zu Paris, betreffend dessen Projet statistique, appliquable à l'étude des maladies mentales.

3) Bericht über die in Folge Beschlusses der Vereins-Versammlung zu Innsbruck geführten Verhandlungen in Betreff des Strafgesetzbuches für den Norddeutschen Bund.

4) Bericht über die weiteren Verhandlungen des Vorstandes mit den deutschen Lebensversicherungsanstalten.

5) Antrag *Flemming*, betreffend einen diesen Anstalten vorzulegenden Compromiss-Vorschlag.

6) Mittheilung *Laehr* über die zweckmässigste Einrichtung von Zählblättchen für statistische Erhebung der Irren in Irrenanstalten.

7) Antrag *Koster* und *Brosius*: es möge der Verein der deutschen Irrenärzte beim Kriegs-Ministerio dahin wirken, dass gewissen Uebelständen Betreffs der geisteskranken Soldaten begegnet werde.

8) Antrag *Laehr*, betreffend die Beziehungen der Privat-Irrenanstalten zum Gewerbegesetze des Norddeutschen Bundes.

Der Vorsitzende begrüsst die Versammlung und stellt die Anfrage, ob die Versammlung zahlreich genug sei, um sich constituiren zu können. *Westphal* und *Rienecker* bestreiten dies, *Brosius* und *Laehr* erklären sich dafür. Der Vorsitzende fordert diejenigen auf, sich zu erheben, welche für Constituirung stimmen. Da nur 5 Anwesende sich erheben, so löst sich die Versammlung auf, nachdem mehrfach der Wunsch ausgesprochen ist, es möge der Verein im nächsten Frühjahr an einem Orte in der Mitte von Deutschland zusammenberufen werden.

Dr. *Laehr*, Secretair.

Bericht über die Section für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie am 18.—21. September 1871.

Anwesend waren: Docent Dr. *Arndt*-Greifswalde, Dir. Dr. *Besser* Pützchen bei Bonn, Dir. Dr. *Brosius*-Bendorf, Dir. Dr. *Brutzer*-Riga, Dr. *Erlenmeyer* jun.-Bendorf, Geh. Rath Dr. *Eulenberg*-Berlin, Geh. Rath Dr. *Flemming*-Schwerin, Dir. Dr. *Fraenkel*-Dessau, Dr. *Hellwag*-Schwartau, Regimentsarzt Dr. *Holst*-Christiania, Dr. *Hübner*-Rostock, Dr. *Jahn* Rostock, Physikus Dr. *Jösting* Halberstadt, Dir. u. Docent Dr. *Köppe*-Halle, Geh. Rath Dr. *Laehr*-Schweizerhof, Dr. *Mayet*-Berlin, Dir. Dr. *Mendel*-Pankow, Dir. Dr. *O. Müller*-Blankenburg, Dr *Nötel*-Neustadt-Eberswalde, Dr. *Passow*-Rostock, Med. Rath Dr. *Reimer*-Sachsenberg, Hofrath Dr. *Rienecker*-Würzburg, Prof. Dr. *Schwartze*-Halle, Med. Rath Dr. *Snell* Hildesheim, Dir. Dr. *Stein*-Petersburg, Dr. *Tigges*-Marsberg, Dr. *Völkers*-Ratzeburg, Dr. *Waldow*-Güstrow, Dir. Dr. *Wendt*-Allenberg, Prof. Dr. *Westphal*-Berlin.

Als Vorsitzende fungirten Dr. *Flemming* und Dr. *Snell*, als Sekretäre Dr. *Brosius* und Dr. *O. Müller*.

Sitzung am 18. September.

Dr. *O. Müller*, Ueber die physiologischen Ursachen der melancholischen Verstimmung.

Unter dem Einflusse zahlreicher und wichtiger Forschungen auf dem Gebiete der Neuropathologie ist dieselbe in den letzten Decennien in ausgesprochener Weise eine Solidarpathologie geworden. Gewiss hat jedoch auch die humorale Anschauung ihre volle Berechtigung, empfängt ja doch die Nervenfaser in der belebenden Blutwelle erst die Anregung für ihre functionelle Thätigkeit, die wiederum durch eine fehlerhafte Blutmischung verändert werden muss. In Folge von Secretionsanomalien der Leber, der Nieren (Galle, Urin) von fremden dem Blute beigemischten Stoffen (Alkohol, Narcotin) entstehen häufig schwere Beeinträchtigungen in der Function der Nervenelemente, die bei längerem Einwirken der schädlichen Momente zu wirklichen organischen Veränderungen des Nervengewebes führen.

Das Blut des lebenden Organismus vermag nur als arterielles die vitalen Vorgänge anzuregen und zu unterhalten; das venöse wirkt gradezu schädlich und lähmend in dieser Beziehung. Und doch ist es im Grunde genommen dasselbe Blut: nur mit dem geringen Unterschied, dass das arterielle Blut nach seinem Durchgang durch die Lungen sauerstoffreich, das venöse, welches sich auf den capillären Bahnen ansammelt, kohlensäurereich ist. Dieses Verhältniss kann gewiss in grösserem oder geringerem Umfange gestört werden; es kann das arterielle Blut in Folge einer Beschränkung der Sauerstoffaufnahme, das venöse durch eine Verminderung der Kohlensäureausscheidung aus demselben Grunde krankhaft verändert werden. Die akute Cyanose bedingt durch jede intensive Störung des

Athmungsprozesses ist das ausgesprochenste Bild dieser pathologischen Vorgänge; bei ihr sehen wir das Blut in den arteriellen Bahnen seine specifisch hellrothe Farbe verlieren; der kleine fadenförmige Puls, die gestörte Herzthätigkeit, die heftige Angst, die allgemeine Entkräftung, die tiefe melancholische Verstimmung sind die Folgeerscheinungen der Kohlensäureanhäufung im Kreislaufe. Aehnliche, wenn auch weniger intensive Erscheinungen — man könnte sie eine chronische Cyanose nennen — pflegen bei Erscheinungen beginnender melancholischer Verstimmung selten zu fehlen. Wir sehen sie unter dem Einflusse sitzender Lebensweise in grösseren Städten, in dumpfen Wohnungen sich häufig entwickeln. Aehnlich wie die verminderte Kohlensäureausscheidung scheint die direkte Einathmung kohlensäurehaltiger Luft in Kellern, z. B. bei der Weingährung, durch längeren Aufenthalt in tiefen Schächten, unterirdischen Höhlen u. s. w. zu wirken. Der Besuch der in unserer Nähe befindlichen Rübeländerhöhle, in der sich zahlreiche Kohlensäureexhalationen finden, wirkte in ähnlicher Weise bei zahlreichen Kranken durch den Eintritt grösserer nervöser Reizbarkeit, vorübergehender melancholischer Verstimmung unter den Erscheinungen verminderter arterieller Circulation.

Aus allen diesen Gründen bin ich geneigt die nächste Ursache der melancholischen Verstimmung, wie sie sich unter dem Einflusse sitzender Lebensweise u. s. w. entwickelt, zunächst auf allmählich sich einstellende ähnliche Zustände zurückzuführen: die auffallende Prävalenz des venösen Kreislaufs, der häufig so intensive Lufthunger, der auffallend kleine Puls, die kühlen Extremitäten deuten entschieden darauf hin. Es wäre, wollte man eine directe functionelle Störung des Nervensystems als die erste Ursache schon ansehen, unerklärlich, wesshalb die melancholische Verstimmung in den Morgenstunden oft nachdem die erste Hälfte der Nacht ruhigen und guten Schlaf brachte, sich am ausgesprochensten zeigt, während man das Gegentheil in Folge der Kräftigung des Nervensystems erwarten müsste. Es liegt viel näher die Erschlaffung des Gefässsystems und die Abnahme der respiratorischen Vorgänge als die ursächlichen Momente zu betrachten.

Directe Sauerstoffaufnahme in das Blut namentlich aber die Einathmung des sauerstoffreichen Luftgases (Stickstoffoxydul) haben die entgegengesetzten Erscheinungen zur Folge. Sie erzeugen eine der melancholischen Verstimmung entgegengesetzte heitere. Vielleicht haben wir in der directen Sauerstoffeinathmung ein rationelles Mittel vortheilhaft in dieser Beziehung auf den Organismus einzuwirken?

Aus diesem Grunde erlaube ich mir an die anwesenden Herren Collegen die Frage zu richten, ob bereits Erfahrungen in dieser Hinsicht vorliegen, welche meine Anschauung bestätigen oder nicht? Ferner ob die in neuester Zeit empfohlenen Sauerstoffwasser (Ozoncuren) bereits mit Erfolg angewandt sind?

Herr Dr. *Mayet*-Berlin hat von der Einathmung komprimirter Luft, bei der es sich ja um eine Steigerung des Respirationsprocesses handelt,

einen vortheilhaften Einfluss auf vorhandene Neuralgien und die Stimmung der Kranken gesehen, deren übereinstimmende Aussagen dahin gingen, dass sie sich in der komprimirten Luft ausserordentlich wohl und geistig angeregt fühlten.

Dr. *Snell*, Ueber die Behandlung der Geisteskranken ausserhalb der Irrenanstalten.

Als zu Anfang unseres Jahrhunderts die Geisteskranken aus den Gefängnissen und gefängnissartigen Räumen befreit wurden und als man anfing freundliche Asyle für dieselben zu gründen, da lag es nahe, dass allmählich der Werth der Irrenanstalten für die Behandlung der Geisteskranken überschätzt wurde. Es gelangten viele ältere Irrenärzte zu der Ansicht, dass ausserhalb der Anstalten die Geisteskranken gar nicht oder nur in seltenen Fällen genesen könnten und dass die grosse Mehrzahl dieser Kranken sicher Heilung finden würde, wenn sie nur frühzeitig genug der Anstalt zugeführt würden.

Esquirol vermass sich von 100 ihm frühzeitig zugeführten Irren 90 heilen zu wollen. Andere Zeiten und andere Ansichten sind indessen gekommen. Es machte sich in neuerer Zeit, besonders in Frankreich, eine starke Reaction gegen die Irrenanstalten geltend. Man ging so weit den ganzen Werth der s. g. geschlossenen Irrenanstalten zu negiren und wollte das einzige Heil für die Geisteskranken in der familialen Verpflegung und in möglichst freien Colonieen finden.

Die Wahrheit liegt ohne Zweifel in der Mitte und ich will versuchen in dem Nachstehenden einen kleinen Beitrag zur Aufhellung dieser vielbesprochenen Tagesfrage zu geben.

Nach meiner Erfahrung ist es mir nicht zweifelhaft, dass viele Fälle von Geistesstörung ausserhalb der Anstalten eben so gut und besser behandelt werden können als in den Anstalten.

Vor Allem gehören die leichteren Formen der Melancholie hierher.

Die Ausdehnung, welche die Melancholie in unserer Zeit gewonnen hat, ist eine wahrhaft Schrecken erregende. Jeder viel beschäftigte Arzt wird mir hierin beistimmen. Mag man diese Depressionszustände zur Beruhigung des Publicums auch mehr Hypochondrie oder Hysterie nennen, der Druck, welcher auf dem Gemüths-Leben liegt, der enge Kreis, in welchen die Vorstellungen gebannt werden, die krankhaften Sensationen im Bereiche der sensiblen Nerven characterisiren diese Fälle als zu der grossen Familie der Melancholieen gehörig. In allen Kreisen und in allen Verhältnissen scheinen sich diese Krankheitszustände mehr und mehr auszubreiten. Den kräftigen Landwirth, welchem aber die hereditäre Anlage zu Neurosen angeboren ist, überfällt diese Krankheit wie ein Feind aus dem Hinterhalt. Er fühlt seine Thatkraft erschlaffen, ein fremdartiges Gefühl steigt ihm aus dem Unterleib empor. Wenn er aus dem unruhigen Schlummer erwacht, zeigt ihm das Klingen in den Ohren und das Brennen auf der trockenen

Zunge wie schwer sein bisher heiteres und sorgloses Leben bedroht ist. Der fleissige Gelehrte, der gewissenhafte Beamte, der seine Nervenkraft durch übermässige Anstrengung erschöpft hat, fühlt an der Schwere seines Arms, an dem ziehenden Gefühl im Nacken, dass dunkele Tage für ihn herannahen und unter einem ehernen Zwange lagern sich schwarze Gedanken um seine Seele.

Die thätige Hausfrau, von Kinderpflege und Sorge erschöpft, fühlt auf einmal ihren Muth gebrochen. Sie hört ihren Herzschlag pochen, auf den sie früher nie geachtet hatte, eine fliegende Hitze übergiesst ihre Glieder; sie glaubt nur Jammer und Elend um sich her zu sehen und jeder Stern der Hoffnung erlischt vor ihren Augen. Vielgestaltig und wechselnd sind die Symptome dieser grossen Plage der Menschheit, mit der wir, wie es scheint, viele Schätze der Cultur bezahlen müssen.

Alle leichteren Fälle dieser Krankheitsform, wobei die Kranken so viel Selbstbeherrschung bewahrt haben auf die wohlmeinenden Intentionen ihres Arztes und ihrer Umgebung einzugehen, bedürfen der Anstaltsbehandlung nicht und kommen ausserhalb der Anstalt sogar vielfach leichter zur Wiedergenesung. Die Bekämpfung deutlich erkennbarer körperlicher Anomalien, die Aenderung der Lebensweise, eine andere Beschäftigungsweise, die möglichste Abhaltung aller Reizungen, das zeitweilige Versetzen in eine andere Umgebung, der Aufenthalt in Gebirgs- und Waldluft, der vorsichtige Gebrauch von Molken, salinischen und Eisenquellen, die umsichtige und mildere Anwendung von Kaltwasserkuren bringen hier oft genug Heilung oder wesentliche Besserung. Auf sonst gesundem Boden können diese Zustände oft überraschend schnell verschwinden, um niemals wiederzukehren.

Bei zerrüttetem Nervensystem oder bei sonstigen unheilbaren Störungen sind aber die Recidive häufig und trüben nicht selten das ganze Leben der Kranken.

Diejenigen Fälle von Melancholie dagegen, bei welchen die Selbstbeherrschung so sehr verschwunden ist, dass die Kranken, von ihrer Angst getrieben, Excesse begehen, entlaufen, gewaltthätig werden oder bei welchen der Trieb zum Selbstmorde sehr hervortritt, werden besser in Anstalten behandelt.

Auch gehören alle diejenigen Fälle dahin, wo der Mangel an Mitteln und unverrückbare nachtheilige Verhältnisse die Entfernung schädlicher Einflüsse unmöglich machen.

Solche aus Noth und Elend oder aus quälenden Umgebungen herausgehobene Kranke finden häufig in der Anstalt ein rettendes Asyl und sind die dankbarsten Bewohner derselben.

Schwieriger als die Melancholiker sind die an Manie leidenden Kranken ausserhalb der Anstalt zu behandeln. Die beständige Unruhe, der Lärm und die Zerstörungssucht derselben machen sie zu unangenehmen und oft unerträglichen Gästen in einem Privathause. Sie werden daher auch von allen Geisteskranken am häufigsten in die Anstalten versetzt.

Es giebt jedoch gelindere Formen der Manie, in welchen die motorische Erregung mehr zurücktritt und in welchen sich die Krankheit mehr in einer hastigen Geschwätzigkeit abspielt. Es sind besonders Frauen, welche an dieser Form der Manie leiden, oft nicht allzuschwer in einem Privathause zu behandeln, insofern dieselben keine Neigung haben in die Oeffentlichkeit hinauszutreten und sich der Autorität des Arztes und ihrer Umgebung bis zu einem gewissen Grade zu unterwerfen.

Auch motorisch stärker erregte Kranke können oft in einem Privathause behandelt werden, wenn sich ein abgelegenes, von dem Verkehr mit der Aussenwelt abgeschlossenes Zimmer und die nothwendige verständige Wartung und Beaufsichtigung schaffen lässt. Manche Tobsüchtige beruhigen sich in auffallender Weise, wenn sie unter guter Beaufsichtigung im Bette gehalten werden.

Wenn man hierbei nun bei fortschreitender Besserung Gelegenheit hat die Kranken in einem, von der Aussenwelt abgeschlossenen, Garten spazieren gehen zu lassen, so sind alle Bedingungen zur Genesung gegeben, um so mehr, da man nicht verkennen kann, dass der Contact der maniakalischen Kranken mit anderen unruhigen Kranken nicht selten nachtheilig einwirkt.

Ich habe die Behandlung maniakalischer Kranken in dieser Weise wiederholt mit sehr glücklichem Erfolge geleitet. Eine alte Dame, welche dreimal an Manie litt, wurde in ihrem Hause von ihren beiden Töchtern jedesmal gewartet und verpflegt, obgleich ihre Erregungen oft sehr heftig waren. Sie genas jedesmal und verlebte ihre letzten Lebensjahre, frei von Geistesstörung, in dem Kreise der Ihrigen Ein junges Mädchen, von einem heftigen Tobsuchtsanfall ergriffen, liess sich in dem Hause ihrer Eltern mehrere Wochen lang im Bette halten und genas dann schnell, indem sie, nachdem sie ruhiger geworden war, in einem abgelegenen Garten in der Nähe des Hauses sich Stunden lang umhertrieb.

Solche Verhältnisse, in welchen stärker erregte maniakalische Kranke in Privathäusern behandelt werden können, finden sich aber allerdings nicht sehr häufig. Gewöhnlicher werden solche Kranken nicht nur durch ihren Thatendrang für Andere lästig und gefährlich, sondern sind auch Reizungen ausgesetzt, die auf ihren Krankheitszustand nachtheilig einwirken. Sie sind daher in einer Anstalt besser aufgehoben und haben in der Regel dort auch mehr Aussicht auf Wiedergenesung.

Die grösste Schwierigkeit der Behandlung Maniakalischer ausserhalb der Anstalt ist die so gewöhnliche Auffassung der Umgebung der Kranken, dass die Excesse derselben und der Trieb zu irgend einer wenn auch noch so widersinnigen Thätigkeit auf einer fehlerhaften moralischen Richtung beruhe und die aus dieser Anschauung resultirenden Eingriffe und falschen Maassregeln gegen die Kranken. In dieser Beziehung muss man in Gheel, wo viele Tobsüchtige in Privathäusern behandelt werden, anerkennen, dass die grosse Mehrzahl der dortigen Einwohner ein vortreffliches Verständniss oder doch gewohnheitsmässigen Tact in der Behandlung solcher Zustände

zeigt. Freilich zwingt sie die harte Nothwendigkeit, um Entweichungen oder Zerstörungen zu verhindern, oft zu gewiss nicht unschädlichen Beschränkungen der ihnen anvertrauten Kranken.

Wir kommen jetzt zu der Classe von Kranken, welche an Wahnsinnsformen leiden, diesen Unglücklichen, welchen die täuschenden Sinneswahrnehmungen eine falsche Welt in der wirklichen Welt aufbauen, welche am wenigsten von allen Geisteskranken im Stande sind, sich selbst als Kranke anzusehen. Für sie ist die Freiheitsberaubung daher auch am härtesten und doppelt hart, da sie nur selten auf eine Wiedergenesung Hoffnung haben. Man sollte ihnen daher gern die möglichste Freiheit gönnen damit sie ihr hartes Schicksal weniger fühlen. Leider aber werden sie so häufig störend und gefährlich, dass nichts Anderes übrig bleibt als sie in Anstalten zu verpflegen. Viele aber dieser Kranken sind von Anfang ihrer Erkrankung an nicht gefährlich oder in höherem Grade störend. Andere werden unschädlich, nachdem das Stadium der ersten Erregung vorübergegangen ist. Für sie ist es eine Wohlthat, wenn sie in möglichst freien Verhältnissen leben können, sei es in ihrer eigenen, sei es in einer anderen Familie. Da der Trieb zur Thätigkeit bei ihnen meistens wenig leidet, so ist es weniger schwer sie zweckmässig unterzubringen. Sie sind auch in den Anstalten die fleissigsten Arbeiter und spielen in den Irren-Colonien die Hauptrolle. Es ist dabei bemerkenswerth und allgemein bekannt, wie gewöhnlich die Wahnsinnigen, nachdem ihre erste Erregungsperiode vorüber ist, ihre eingebildete Rolle im äusseren Leben so wenig durchzuführen suchen, so dass man an derselben Karre einen eingebildeten Kaiser und eingebildeten Gott friedlich neben einander schieben oder ziehen sehen kann. Eine Beschäftigung, die ihr Interesse erregt, erleichtert ihren Krankheitszustand in hohem Grade und lässt die Krankheitssymptome zeitweise oft ganz zurücktreten.

Im Jahre 1848 beobachtete ich einen jungen Gelehrten, welcher an starken Wahnideen und Sinnestäuschungen litt. Er glaubte sich dem Einflusse verstorbener Menschen ausgesetzt und fühlte besonders feindliche Geister durch sein Gesicht streichen, woran sich noch mancherlei Wahnideen knüpften. Die politische Bewegung jener Zeit riss ihn aber plötzlich so gewaltsam hin, dass seine Krankheitssymptome gänzlich zurücktraten. Er besuchte Volks-Versammlungen und sprach so vortrefflich und klar, dass er als Candidat für das Frankfurter Parlament aufgestellt wurde und nur durch zufällige Umstände nicht zu dieser Stellung gelangte. Nachdem aber die Zeit der politischen Aufregung vorüber war, versank er wieder in seinen früheren Zustand und zog sich mürrisch von der Welt zurück, mit seinen Geistern kämpfend und über seine Wahngebilde grübelnd.

Ich habe viele an Wahnsinn leidende Kranke gekannt, die, aus der Anstalt entlassen, ruhig im Kreise ihrer Familie lebten und sich nützlich beschäftigten, und zwar auch öfters solche, deren Zustand man nicht ohne einiges Misstrauen ansehen konnte. Es wird daher bei solchen Kranken

immer wieder zu versuchen sein, ob sie im Stande sind, sich so weit zu beherrschen, dass sie die Ruhe und Sicherheit ihrer Nebenmenschen nicht bedrohen.

Was die verschiedenen Formen des Blödsinns betrifft, so wollen wir zunächst die mit allgemeiner fortschreitender Paralyse einhergehenden Krankheitszustände ins Auge fassen.

In einer grossen Zahl von Fällen der allgemeinen Paralyse sind die maniakalischen Aufregungen und die Wahnbildungen von Verfolgung und Grösse nicht oder nur in sehr geringem Grade vorhanden. Das geistige Leben erlischt in diesen Fällen nach und nach. Gutmüthig und harmlos lassen sich diese Kranken wie Kinder leiten und freuen sich über kleine, ihnen erwiesene, Aufmerksamkeiten. Geringere Aufregungen, unverständige Wünsche und Anschläge fehlen zwar selten gänzlich, sie sind aber durch Ableitung der Gedanken leicht unschädlich zu machen.

Derartige Kranke werden mit Recht nur selten den Irrenanstalten übergeben, und zwar nur dann, wenn die Pflege der immer hülfloser werdenden Kranken für die Umgebung derselben zu schwierig zu beschaffen ist. Sie würden in der Regel allerdings in diesem Falle in einem gewöhnlichen Krankenhaus eben so gut verpflegt werden können. Anders verhält es sich mit denjenigen Paralytikern, bei welchen tobsüchtige Erregung und anmaassender Grössenwahn hervortritt.

Diese gehören zu den gefährlichsten Kranken, welche in charakteristisch rücksichtsloser Weise gegen Alles vorgehen, was ihnen im Wege steht. Sie können selten ausserhalb der Anstalten zweckmässig verpflegt werden. Bei manchen dieser Kranken verliert sich aber später diese Erregung ganz und in diesem Falle werden sie zur Privatpflege wieder geeignet.

Die sonstigen Blödsinnsformen sind bekanntlich sehr verschiedener Natur. Die daran leidenden Kranken eignen sich aber grösstentheils zur Privatverpflegung. Sie sind theilweise vollkommen befähigt sich nützlich und vortheilhaft zu beschäftigen und bilden in den Irren-Colonien ein erhebliches und sehr brauchbares Contingent.

Bei Altersblödsinn, der allerdings in seinen Aeusserungen oft sehr störend werden kann, hat es oft ein humanes Interesse derartige Kranke der Pflege ihrer Angehörigen zu belassen. Es ist gewiss für Jeden ansprechender zu sehen, dass Kinder die letzten von Geistesschwäche umnachteten Tage ihrer Eltern mit aufopfernder Liebe zu erleichtern suchen, als dass sie dieselben fremden Händen zur Pflege übergeben. So trat einst ein junger Mann aus den besseren Ständen in mein Zimmer und sprach die Absicht aus, seinen hochbejahrten Vater, welcher in Folge von Apoplexie in Blödsinn verfallen war, der von mir geleiteten Anstalt zu übergeben. Er mochte vielleicht aus der Art wie ich seine Reden entgegennahm, bemerken, dass ich seine Absicht nicht ganz billigte. „Man hat mir allgemein gerathen“ fuhr er fort „meinen Vater einer Anstalt zu übergeben. Ich werde aber jetzt wieder zweifelhaft, ob ich damit das Rechte wähle. Er-

lauben sie mir eine offene Frage. Wenn Sie an meiner Stelle wären, würden Sie Ihren Vater einer Anstalt übergeben?" „wenn Sie mich so offen fragen" antwortete ich „so will ich ihnen eben so offen meine Meinung sagen. Ich würde an Ihrer Stelle den Gedanken nicht ertragen können, dass fremde Hände meinem Vater die Augen zudrücken sollten." Gerührt drückte er mir die Hand und entfernte sich schweigend. Ich erfuhr später dass er seinen Vater bis zu dessen nicht mehr fernen Ende getreulich in seinem Hause verpflegt hat.

Oft sind aber bekanntlich die Verhältnisse der Art, dass so zarte Rücksichten nicht genommen werden können und dass es solchen Kranken eine Wohlthat ist für ihre letzten Lebenstage in den Anstalten die Ruhe und Pflege zu finden, die ihnen die Aussenwelt nicht gewähren kann.

Zu den vorstehenden Erörterungen hat mich der Wunsch veranlasst für die Behandlung und Verpflegung der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten nach meinen Erfahrungen einige Gesichtspunkte hervorzuheben.

Vielleicht wird eine Zeit kommen, in welcher die jetzt übertriebene Scheu vor Geisteskranken in unserem Publicum verschwinden und damit die Behandlung und Verpflegung der Irren in Familienkreisen bedeutend erleichtert werden wird. Es wird dann auch wohl der bis jetzt immer noch steigende Andrang nach den Anstalten und die Ueberfüllung derselben nachlassen, unter welcher die meisten so sehr zu leiden haben. Es werden immer noch Fälle von Geistesstörung genug bleiben, welche nur in einer Anstalt zweckmässig behandelt werden können und es wird einem unverständigen Eifer niemals gelingen, den Werth dieser Schöpfungen der Humanität herabzusetzen, deren hohe Bedeutung für eine gebildete Nation über jeden Angriff erhaben ist. Es ist aber gerade im Interesse der Irrenanstalten geboten eine Grenze zu ziehen, innerhalb welcher sich ihr Wirkungskreis entfalten soll und es ist unverkennbar, dass viele Irren-Aerzte zu weit gegangen sind, wenn sie nur und allein in den Anstalten die Rettung für alle Geisteskranken finden wollten.

Eine unbefangene Anschauung wird auch hier das richtige Maass wieder finden.

Wenn aber die Behandlung der Geisteskranken ausserhalb der Irrenanstalten sich in grösserer Ausdehnung und unter den richtigen Grundsätzen Bahn brechen soll, so ist, wie ich bereits andeutete, die Luft vorher noch von manchen Gespenstern zu reinigen, welche sich, zum Theil noch aus dem Mittelalter, in unsere Zeiten verirrt haben.

Sodann ist hierzu vor Allem eine psychiatrische Bildung der praktischen Aerzte erforderlich. Wie oft scheitert die Behandlung eines Geisteskranken ausserhalb der Anstalt an der Unsicherheit des Arztes, welcher erschreckt und beunruhigt durch die ihm unbekannten Symptome und durch die Andauer ganz in der gewöhnlichen Weise verlaufender Krankheitsprocesse, sich die Verantwortlichkeit für den Fall um jeden Preis vom Halse zu schaffen sucht.

Begrüssen wir daher mit Freuden die in unserer Zeit immer mehr hervortretenden Bestrebungen die psychiatrische Bildung unter den Aerzten allgemeiner zu machen, fördern wir auf alle Weise die klinische Unterweisung der jungen Aerzte in der Psychiatrie auf den Universitäten, die lange noch nicht allgemein und wirksam genug betrieben wird, und ergreifen wir alle Mittel das ärztliche Publikum mit den Errungenschaften unserer Wissenschaft bekannt zu machen. Es liegt darin ein Segen, der sich mehr und mehr fühlbar machen wird. Wir Irrenärzte wollen und sollen keine abgesonderte Zunft bilden. Wir wollen nur ein Zweig der allgemeinen medicinischen Wissenschaft sein, wollen ihr dankbar zurückgeben, was wir von ihr empfangen haben und wollen, was in unseren Kräften liegt, dazu beitragen dass diese Wissenschaft ihre hohe Aufgabe erfülle die Wege zu erhellen, welche das Menschengeschlecht zu höheren Entwicklungsstufen führen sollen.

Dr. *Flemming*, Ueber Schwindel-Angst.

Herr Med. Rath *Brück* zu Osnabrück, Bade-Arzt zu Driburg, hat mich brieflich ersucht, die Aufmerksamkeit der hier anwesenden Collegen auf eine eigenthümliche Neurose zu lenken, welche er bereits in den Jahren 1832 (in *Hufeland's* Journal) und 1869 (in der Deutschen Klinik) besprochen und mit dem Namen „Schwindel-Angst" bezeichnet hat. Er gab nach seinen Beobachtungen folgende charakteristische Symptome dieser Neurose an: der Kranke wird, mitten im völligen Wohlbefinden, plötzlich von einer heftigen Angst befallen, sobald er im Begriff ist, einen grösseren Raum, sei es Platz oder Strasse, zu durchschreiten; er glaubt, dass der Boden unter seinen Füssen wanke; er fürchtet von Schwindel befallen zu werden und besinnungslos niederzustürzen, selbst von einem Schlagfluss bedroht zu sein; er sucht einen Anhalt, zu welchem ihm die Unterstützung eines Nebengehenden, die Nähe eines solchen oder der benachbarten Häuserreihe, — oft schon ein Stab in der Hand oder ein sonst in's Auge gefasster Punkt, zuweilen selbst schon der Gedanke an mögliche Unterstützung dient; ein starkes Zittern befällt seine Glieder; er wird in Schweiss gebadet; meist tritt starkes Herzklopfen hinzu. Sobald er den bezeichneten äusseren Umgebungen entrückt ist, beruhigt er sich wieder und die begleitenden Erscheinungen verschwinden sämmtlich binnen kurzer Zeit. Er sagt sich vergeblich, dass er noch niemals wirklich von Schwindel befallen und niedergestürzt sei oder die Besinnung verloren habe; er kann sich auf keine Weise der ihn überwältigenden Angst erwehren, sie höchstens durch die angegebenen Hülfsmittel mässigen. — Die Zahl der Beobachtungen gleicher Art, zum Theil mit geringen Modificationen, hat sich seitdem unter den Augen des Autors beträchtlich vermehrt und es sind einige völlig übereinstimmende von anderen Beobachtern hinzugekommen.

Neulich hat auch Herr Prof. *Westphal* in Berlin, gestützt auf drei seit mehreren Jahren von ihm beobachtete Fälle einen ausführlichen Vortrag

über denselben krankhaften Zufall veröffentlicht, der hinsichtlich der Symptomatologie mit den *Brück*'schen Angaben übereinstimmt. Derselbe reihet diese Nerven-Affection unter dem Namen „Agoraphobia“ [1]) in die Nosologie ein, indem er sowohl die Benennung „Platz-Schwindel“, welche nach *Benedict*'s Mittheilung *Griesinger* einmal für die fragliche Uebelseinsform gebraucht haben soll, — wie den von *Brück* gebrauchten Ausdruck „Schwindel-Angst“ zu verwerfen scheint. Was den letzteren anlangt, so hat Herr *Westphal*, durch einen Zuhörer seines Vortrags aufmerksam gemacht auf die *Brück*'schen Veröffentlichungen über diese Nerven-Affection, in einem Nachtrage zu seinem im Archiv für Psychiatrie und Nerven-Krankheiten veröffentlichten Vortrage hervorgehoben: dass die in Rede stehende Affection niemals zum wirklichen Schwindel führt, und er scheint dieserhalb die Bezugnahme auf den Schwindel bei der Benennung des Uebels ungehörig, dagegen die Benennung „Platzfurcht“ gerechtfertigt zu finden; das letztere deshalb, weil die Neurose durch den Blick über einen weiten Raum hervorgerufen werde. Da es sich hierbei nicht um die Sache, die Krankheitsform, über deren Existenz und Symptome wenigstens die Beobachter einverstanden sind, sondern nur um eine der Sache entsprechende Bezeichnung handelt, so wird, bevor man den von Herrn *Westphal* gewählten Namen „Agoraphobia“ in das nosologische System einträgt, nach dem an sich gerechtfertigten Wunsche des Herrn *Brück* zu erwägen sein: ob jener wirklich den wesentlichen Krankheits Erscheinungen entsprechend ist.

Ich meinerseits muss dies aus zwei Gründen in Abrede stellen:

Erstens: Das Wesentliche bei der in Rede stehenden Affection ist nicht die Furcht oder Scheu vor den weiten Räumen, welcher gleichwohl der Name „Platzfurcht“ Rechnung trägt. Obwohl in einer ansehnlichen Zahl der beobachteten Fälle diese Art der räumlichen Umgebung als die hauptsächlichste Gelegenheits-Ursache erschien und von den Kranken selbst angeschuldigt wurde: so übten doch in mehreren Fällen auch andere Momente den gleichen Effect. In einem von Herrn *Westphal* beobachteten Falle war es die Menge der in einem Raum (Theater) angehäuften Menschen; in einem ähnlichen des Herrn *Brück* der gleiche Anblick, der den Geistlichen bei dem Dominus vobiscum in den krankhaften Zustand versetzte; in einem von demselben Beobachter berichteten Fall wurde dieser Zustand durch den Mangel einer von oben her schützenden Zimmer-Decke, bei dem Aufenthalt im Freien, hervorgerufen; in einem von mir beobachteten Falle wurde die Kranke stets von der Angst befallen, wenn sie in eine noch so geringe Tiefe, sei es auch nur von einem Balkon des Erdgeschosses, hinabblickte. Endlich wurde der von mir beobachtete Officier, dessen ich in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 25. S. 662 erwähnt habe und welcher mehrere Jahre lang ganz die Erscheinungen darbot, welche den Namen „Platzfurcht“ rechtfertigen könnten, nachdem er

[1]) Platzfurcht.

seinen Abschied genommen hatte, zwar von den Angstzufällen bei dem Ueberblicken weiter Räume völlig befreit, behielt jedoch die Empfänglichkeit für gleiche Angstzufälle zurück, die ihn fortan nur bei der Annäherung von höher gestellten Personen überfielen

Zweitens ist hiernach das Characteristische und Constante der fraglichen Nerven-Affection vielmehr die Furcht vor dem Schwindel und der Besinnungslosigkeit. Herr *Westphal* scheint den Urheber der Benennung „Schwindelangst“ insofern missverstanden zu haben, als er meint, derselbe halte die Nerven-Affection selbst für einen Schwindel, — verleitet vielleicht dadurch, dass Herr *Brück* des fraglichen Leidens zuerst bei Gelegenheit eines Aufsatzes erwähnt hat, der vom Schwindel handelte. Es geht aber aus allen späteren Veröffentlichungen desselben Autors über Schwindelangst, ebenso wie aus dieser Bezeichnung selbst, auf's Deutlichste hervor: dass er damit nicht eine Vertigo, sondern, nach seinem eigenen Ausdrucke, nur eine Causa vertiginosa, eine Angst vor Schwindel, der doch niemals zu Stande kommt, gemeint hat.

Ich glaube daher, dass für die allgemeine Krankheitsform der Ausdruck „Schwindel-Angst“ den Vorzug verdient vor dem Namen Agoraphobia, der nur eine Unterart des Krankheits-Genus bezeichnet. Für dieses Genus würde sich auch leicht ein gelehrter griechischer Name finden lassen, als etwa: Ilingophobia, Dinophobia, oder recht lang und voll klingend: Scotomatophobia. Selbst eine wörtliche Uebersetzung des Ausdrucks „Schwindel-Angst würde durch eine Verbindung mit dem griechischen Wort θλῖψις (Bedrückung, Qual, Angst) zu erreichen sein, also etwa durch Dinothlipsie.

Sitzung am 21. September.

Vor dem Beginne seines angekündigten Vortrages erwähnt Prof. *Bienecker*, dass ihm vor kurzem ein an Aphasie leidender linkshändiger Arbeiter vorgestellt sei. Es erweise sich darnach die *Sander*'sche Annahme irrig, dass Aphasie und Linkshändigkeit noch nie zusammengefunden seien.

Dr. *Rienecker*, Fieber-Psychosen.

Der Einfluss von fieberhaften Krankheiten auf die Entstehung von Geistesstörung ist längst bekannt und spielt in dieser Beziehung insbesondere der Typhus eine grosse Rolle, wie diess durch die Zusammenstellungen von *Jacobi*, *Schlager*, *Wille* u. A. zu Tage getreten ist. Dass auch anderen fieberhaft verlaufenden Krankheiten wie vor Allem dem Wechselfieber, dann akuten Exanthemen, dem akuten Gelenkrheumatismus u. s. w. ein ähnlicher Einfluss zukömmt, steht gleichfalls ausser Frage.

In viel höherem Grade muss es unser Interesse erregen, wenn durch den Hinzutritt eines Fiebers die bereits bestehende Geistesstörung eine günstige Wendung erfährt. Auch in dieser Beziehung spielt der Typhus eine Hauptrolle und Geheimerath *Nasse* war erst vor Kurzem durch Vorführung einer ganzen Reihe von Fällen bemüht gegenüber der erwähnten feindseligen Einwirkung des Typhus auf die Geistesfunktionen jenen hülf-

reichen Einfluss hervorzuheben, mittelst welches der Typhus häufig durch Beseitigung einer Psychose an Geisteskranken wieder gut macht, was er im Grossen an Geistesgesunden verschuldet.

Weniger bekannt — wenn auch wohl nicht weniger häufig sind jene Fälle, wo die günstige Wirkung der acuten Erkrankung auf die Seelenstörung sich nicht erst nachher im Gefolge derselben, sondern während derselben und zwar gleich von vorne herein, im Moment des Fiebereintritts und der damit verbundenen Steigerung der Temperatur kund giebt; ja manchmal erscheint auffallend genug der Grad der günstigen Veränderung in geradem Verhältniss zu der Intensität des Fiebers zu stehen.

Mag dies weniger befremden bei Fällen von acuter, primitiver Psychose wie bei Tobsucht, frischen Fällen von Melancholie u. s. w., so muss es um so mehr frappiren, langdauernden Stupor, inveterirte Zustände von Verrücktheit u. d. gl. oft wie mit Einem Schlage verwandelt zu sehen. Kranke, bei denen man seit lange an die unaufhaltsame Production von Hallucinationen und Wahnideen gewöhnt war, benehmen sich im Zustande fieberhafter Erregung sei es in Folge von Typhus, Pneumonie oder Blatterneruption etc. auf einmal in der besonnensten Weise: das Wahnsystem ist plötzlich verschwunden.

Aber mit dem Aufhören des fieberhaften Krankheitsprocesses kehrt die während des Fieberstadiums ganz oder theilweis latent-gewordene Geistesstörung allmählich wieder, — die Genesung war nur eine scheinbare, momentane, die Psychose tritt wieder in ihre alten Rechte ein.

Den Grund für diese räthselhafte Erscheinung glaubte man vor Allem in den durch die hinzutretende fieberhafte Krankheit veränderten Verhältnissen des Blutumlaufs im Gehirn suchen zu müssen. Indem man in der Mehrzahl der acuten Psychosen einen krankhaft vermehrten Blutreichthum des Gehirns voraussetzt, neigte man sich der Ansicht zu, dass die Beseitigung dieser Hyperämie und mit ihr der Psychose eine Wirkung der durch den Typhus gesetzten Blutarmuth sein könne.

Doch abgesehen davon, dass die typhöse Erkrankung nicht von vorne herein anämische Zustände hervorruft, während der günstige Einfluss auf die Geistesstörung meist gleich im Beginn sich zeigt, würde diese Erklärung nur für die primären und acuten Fälle passen, nicht aber für jene chronischen Formen der Verrücktheit, Verwirrtheit u. s. w.

Eine nähere Betrachtung und namentlich die Berücksichtigung der Fiebertemperatur lassen die Thatsache nicht verkennen, dass bei dem ganzen Vorgang die gesteigerte Körperwärme die Hauptrolle spielt.

Denn gerade sie ist es, die bei den erwähnten, anderweitig ihrer Natur nach so differenten Krankheitsprozessen, wie Typhus, Pneumonie, Blattern u. s. w., die einzige constante, ihnen allen gleichmässig zukommende Erscheinung bildet. Neuere Untersuchungen haben aber unzweifelhaft herausgestellt, dass durch den vermehrten Stoffumsatz allein die febrile Temperatursteigerung nicht ausreichend erklärt werde, sondern dass die das

Fieber und die Fieberhitze hervorrufende Schädlichkeit nicht allein und nicht direct durch eine Steigerung der Oxydationsprocesse wirke, sondern durch eine Veränderung in der Funktion des Centralorgans der Wärmeregulirung.

Nach dem Gesetze der Aequivalenz der lebenden Kräfte muss das im Fieber nicht direct durch die Oxydationsprocesse, sondern durch Vermittlung des Nervensystems gelieferte Wärmequantum vorher in einer anderen Form von Thätigkeit existirt haben und man kann dasselbe füglich als eine in Wärme zurückversetzte Function oder Leistung betrachten, die vorher unter einer anderen Form einen den normalen Ablauf der Seelenthätigkeiten fördernden und regulirenden Einfluss geübt hat.

Die Physiologie hat bereits anerkannt, dass das Gesetz von der Erhaltung der Kraft auch im thierischen Körper seine Geltung habe und somit auch in ihm Wärme in Arbeit verwandelt werde, wie umgekehrt. In der That fehlt es auch nicht an Erscheinungen im kranken Leben, bei denen die zu Tage tretende locale oder allgemeine Wärmesteigerung weder einzig und allein, noch direct als Resultat vermehrter Blut- oder Verbrennungswärme aufgefasst werden kann, sondern wo es viel näher liegt, an die Umwandlung, resp. Zurückführung einer anderen Form lebendiger Kräfte in Wärme zu denken. Am prägnantesten ist dies beim Fieber ersichtlich und wird mit Recht die Gefahr hoher Fiebertemperaturen in ihrer deletären Einwirkung auf Gehirn und Herz gesucht.

Wie von selbst tritt uns da die Frage entgegen, ob nicht die in solchem Falle durch Umwandlung von Kraft freiwerdende Wärme vorher unter einer anderen Thätigkeitsform einen den normalen Ablauf der Seelenthätigkeiten fördernden und regulirenden Einfluss geübt hat, dessen Sistirung nun in Folge der Transformation der betreffenden Leistung in freie Wärme jenen abnormen Erscheinungen, wie Delirien, Sinnestäuschungen, Convulsionen u. s. w. Thür und Thor öffnete?

Bedenkt man dagegen auf der anderen Seite, wie die primären Psychosen fast ausnahmslos und die secundären Geisteskrankheiten zum grossen Theil lediglich in gestörten Leitungsverhältnissen begründet sind — so dass denselben in gewissem Sinne fast mehr eine physiologische als eine pathologisch-anatomische Grundlage zuzuerkennen ist — und stellt man sich endlich diese Leitungs-Anomalien als krankhaft vermehrte Widerstände und Hemmungen vor, die wie eine Belastung wirken können: so liegt die Annahme ziemlich nahe, dass eine gänzliche oder theilweise Transformation der hier wirksamen Kräfte in eine andere Thätigkeitsform, d. h. in Wärme, entlastend und befreiend, die Leitungs-Widerstände beseitigend wirken könne, worauf die nur latent gewesenen normalen Seelenthätigkeiten wieder zur Aeusserung gelangen können.

Auf solche Weise wäre die Möglichkeit gegeben, mit Zuhilfenahme des Prinzips der mechanischen Wärmetheorie für jene oben erwähnte eigenthümliche Erscheinung — wo wir im Laufe einer fieberhaften Krankheit

und zwar zunächst geknüpft an die vermehrte Wärme-Entwicklung in derselben eine Geistesstörung mehr oder minder zum Schweigen gebracht sehen — einen physiologischen Erklärungsgrund aufzufinden.

Bei der Dementia paralytica aus naheliegenden Gründen nicht! —

Dr. *Mendel*, Ueber Phosphor und Gehirnthätigkeit [1]).

Redner hebt hervor, dass das Resultat seiner Untersuchungen bei ruhigen secundären Zuständen von Irrsein im Ganzen negativ sei. Als positive Thatsachen nennt er: Verminderung der Phosphate im Urin bei tobsüchtiger Aufregung, im Gegensatz zu den Beobachtungen *Lombroso*'s, ferner bedeutende Zunahme der Phosphate bei den epileptiformen und apoplectiformen Zufällen der Paralytiker. Der Chloralschlaf scheint steigernden Einfluss auf die Ausscheidung der Phosphate zu haben. Es seien demnach gewisse Veränderungen im Phosphorsäuregehalt des Urins bei gewissen psychischen Zuständen des Gehirns nicht zu leugnen.

Dr. *Tigges* bespricht die Mängel der amtlichen Statistik der Ursachen der Selbstmorde pro 1869 in Preussen nach *Engel*'s Zeitschrift und stimmt die Section der Kritik des Dr. *Tigges* überwiegend bei; Widerspruch gegen die sachlichen Ausführungen erhob sich nicht.

Dem Wunsche des Dr. *Fraenkel*, die Section möge die Frage, ob es pharmaceutische Mittel oder Methoden gebe, welche die Isolirzellen überflüssig machen — discut ren, konnte wegen Ablauf der Zeit nicht mehr Folge geleistet werden.

Die Sitzungen der psychiatrischen Section sind geschlossen.

Aus den anderen Sectionen lassen sich noch folgende Vorträge anführen:

Prof. Dr. *Fischer*, Ueber trophische Störungen nach Nervenverletzungen.

Es wird nur die Reihe von Störungen besprochen, die entstehen, wenn die Nerven nur theilweise verletzt sind. Die Veränderungen nach solchen Verletzungen treten zuerst auf an der Haut, sie wird ödematös, röthet sich, die Röthe schwindet auf Fingerdruck, wie dies *Paget* beschrieben hat. — Sehr auffallend sind die heftigen brennenden Schmerzen. Beim Durchschneiden solcher Glieder findet man die mikroskopischen Erscheinungen des Erythema oedematodes. Veränderungen an den Nerven sind nicht nachweisbar. Eine zweite Reihe von Veränderungen tritt an den Nägeln auf, sie wachsen zuerst stark, später fallen sie in seltenen Fallen aus, meist bekommen sie Risse und Leisten, sie blättern ab, werden dick und unförmlich. Zuweilen treten jedoch ähnliche Nagelveränderungen ohne nachweisbare trophische Störungen von Seiten der Nerven auf. — Die

[1]) Tageblatt S 128.

Haare wachsen zuerst stark, werden dichter, länger und später fallen sie aus, so dass das Glied wie polirt aussieht.

Dieses Haarwachsthum ist verschieden von dem, welches durch Einreiben mit öligen Substanzen auftritt. Eine folgende Erscheinung sind dann Hautausschläge, besonders Eczem, nach dessen Auftreten die Schmerzen nachlassen; ferner treten auf Herpes, Ecthyma Charakteristisch ist die Desquamation, niemals findet sich wirkliche Psoriasis, sondern entweder kleienförmige Abschuppung, oder die Epidermis ist in grösseren Fetzen abziehbar. — Diesen Erscheinungen folgen ferner ulcerative Vorgänge, die nur z. Th. traumatischen Ursprunges sind; es treten subcutane Panaritien und kleine multiple Geschwüre an Stellen auf, die nicht auf Trauma beruhen. Späterhin tritt das Panaritium mutilans auf, das Glied schwillt, es bilden sich tief bis auf den Knochen dringende Geschwüre, die gewöhnlich mit dem Verlust der befallenen Phalanx endigen. — Es treten zuweilen auch lupöse Processe auf. Die Muskeln atrophiren und bilden eigenthümliche Contracturen. Die Gelenke bekommen ohne nachweisbares Trauma meist chronisch adhäsive oder seröse Entzündungen, seltener ist eine cariöse und deformirende Gelenkentzündung. — Die Knochen gehen atrophische Veränderungen ein (concentrische Atrophie), welche Verkürzungen der Glieder bedingen. Selten sind cariöse Processe. — Die Temperatur in solchen Gliedern steigt zuerst, fällt später, ebenso ist die Schweisssecretion in der ersten Zeit vermehrt, nachher vermindert.

Prof. *Adelmann* theilt mit, dass man an Pferden ähnliche Experimente gemacht, durch Durchschneidung des N. tibialis mit Vermehrung des Wachsthums der Hufe.

Ferner hebt er hervor, dass man die Lepra ebenfalls auf Trophoneurose zurückführen muss, zuweilen auch Knötchenbildung an den Nerven nachgewiesen hat.

Prof. *Fischer* führt aus, dass er in einem Falle ebenfalls Lepra mutilans angenommen habe, ohne dass Knoten an den Nerven sich fanden, dagegen ein grosses Myxom des Rückenmarkes. — Aehnlich erklärt *F.* die Fälle von *Steudener* mit Zerklüftung des Rückenmarkes, und den Fall von *Danielson*, bei denen wahrscheinlich Myxome vorhanden gewesen sind.

Dr. *Graf* (Elberfeld) theilt bei einem ähnlichen Falle von Nervenschussverletzung des Medianus mit, dass sich am N. medianus, der verletzt war, deutliche Knoten fanden, die vor der Exstirpation als harte Stellen zu fühlen waren.

Dr. *Liebreich*, Ueber ein neues Narcoticum.

Vortragender weist darauf hin, dass es bei Arzneimittel-Untersuchungen von besonderer Wichtigkeit ist, die Constitution der einzuführenden Mittel zu berücksichtigen. Es ist diese Anschauung besonders wichtig bei Sub-

stanzen, die im Organismus eine Zerlegung erfahren; das Chloral, der Aethylalcohol, zeigt die Wirkung der Trichlorgruppe, d. h. des Chloroforms, und es muss die Frage entstehen, ob die gechlorten Aldehyde, falls sie bekannt sein würden, sämmtlich die Wirkung der Trichlorgruppe zeigen. Von den Herren *Krämer* und *Pinner* ist durch Einleiten von Chlor in Allylen das Crotonchloralhydrat dargestellt worden, dasselbe zerfällt beim Behandeln mit Alcalien unter Austritt von Salzsäure in Dichlorallylen und Ameisensäure. Es zeigte sich nun, dass die Wirkung des Crotonchloral bei Thieren eine vom Chloral verschiedene ist, trotzdem das Crotonchloral ebenfalls an einer Stelle drei Chlor an Kohlenstoff gebunden enthält. Bei Thieren tritt zuerst eine starke Anästhesie am Kopf ein, während die Sensibilität am übrigen Körper erhalten ist. Diesem Stadium folgt zweitens die Functionsfähigkeit des Rückenmarks, welche sich durch allgemeines Erlöschen der Reflexerregbarkeit charakterisirt. Während dieser Zeit ist Respiration und Puls unverändert. Im dritten Stadium bei grossen Dosen erfolgt bei Thieren der Tod durch Lähmung der Medulla oblongata. Durch künstliche Respiration gelingt es, Thiere am Leben zu erhalten, weil die Function des Herzens durchaus nicht alterirt wird, während das Chloral als Finalerscheinung eine Lähmung des Herzens bewirkt. Dass die Todesursache durch Lähmung der Med. obl. bedingt ist, lässt sich an Thieren dadurch beweisen, dass durch den electrischen Reiz des centralen Vagusendes keine Contraction des Zwerchfells während der künstlichen Respiration bei vergifteten Thieren ausgelöst wird, während auf Reizung des N. phrenicus Contraction des Zwerchfells erfolgt. Bei Thieren, die durch künstliche Respiration gerettet sind, d. h. selbständige Athembewegungen ausführen, bewirkt die Reizung des centralen Vagusendes auch wieder Contraction des Zwerchfells. Die Theorie der Wirkung spricht dafür, dass sich im Organismus Dichlorallylen bildet und dass dieses analog dem Aethylidenchlorid wirkt, wie der Vortragende bereits früher gezeigt hat. Dass man aber auch eine Wirkung des ganzen Moleküls Crotonchloral bekommen kann, zeigt die Vergiftung von Thieren mit übergrossen Dosen. Hier tritt entgegengesetzt der früher beschriebenen Wirkung eine Lähmung des Herzens ein. — Nachdem der Wirkungsweg dieses Mittels an Thieren klar gelegt war, konnten Versuche an Menschen nicht gewagt erscheinen. Die ersten Versuche stellte der Vortragende in der Berliner Universitätsklinik an. Es konnte bei einem Kinde vollständige Anästhesie im Verlauf des Trigeminus erreicht werden, während die Reflexerregbarkeit am übrigen Körper erhalten blieb. Puls und Respiration waren während der ganzen Narkose in ihrer Frequenz unverändert. Spätere Versuche an Geisteskranken ergaben dasselbe Resultat, und es zeigt sich somit, dass man im Crotonchloral ein Mittel hat, das Gehirn in eine tiefe Narkose zu bringen, ohne die Thätigkeit des übrigen Organismus herunterzustimmen, während beim Chloral eine entsprechende tiefe Narkose des Gehirns von einer all-

gemeinen Anästhesie und gefahrbringenden Herabsetzung der Herzthätigkeit begleitet ist.

Prof. *Winckel* erwähnt, dass bei Anwendung des Chloralhydrats überhaupt, namentlich bei vielen Hysterischen, ihm in einem Falle eine bei neuer Anwendung (beiläufig per rectum) immer sich wiederholende und sich bis zu einer mit Temperaturerhöhung (39,5) und starker Pulsbeschleunigung auftretenden Dermatitis steigernde Hautaffection kürzlich vorgekommen. Die Erscheinungen des Juckens, Brennens, dann der Schmerzen in der Haut folgen in circa 8 Minuten der Application des Mittels. Auf die starke Dermatitis folgte dann Abschuppung, die über den ganzen Körper verbreitet war. Bei der letzten Anwendung des Chloralhydrats ist dann nur starke Röthung der noch in Abschuppung begriffenen Haut eingetreten.

In der 3. Allgemeinen Sitzung wurde folgender Vortrag gehalten:
Prof. Dr. *Goltz*, Ueber den Sitz der Seele.

Herr Professor *Virchow* hat mir neulich die Ehre erzeigt, auf den Inhalt meines heutigen Vortrages hinzuweisen, indem er bemerkte, dass ich das Problem der Seele behandeln werde. Da Sie hiernach Ihre Erwartungen vielleicht zu hoch spannen dürften, so erlaube ich mir vorauszuschicken, dass ich hier nicht einen so hohen Flug des Gedankens nehmen will, um etwa das Wesen der Seele zu entwickeln. Ich muss mich vielmehr bescheiden, nur einen Punct der Seelenfrage zu besprechen, nämlich die Frage, von welchen körperlichen Organen diejenigen Lebensäusserungen abhängen, die wir als Ausdruck der Seelenthätigkeit ansehen. Um den Weg, auf welchem man der Lösung dieser Frage näher getreten ist, zu erläutern, will ich mit Anführung eines Beispiels beginnen:

Man erzählt, dass ein Engländer, dem nach der Schlacht bei Waterloo wegen einer Verwundung das Bein amputirt werden musste, das todte Glied späterhin bis zu seinem Ende überall mit sich herumführte.

Der Mann betrachtete offenbar das abgetrennte Bein als einen sehr wesentlichen Theil seiner selbst und legte Werth darauf, dass dieser vorzeitig gestorbene Theil im Grabe einmal wieder dem übrigen Körper dauernd beigesellt werde. So wichtig nun auch die Function eines Beines ist und so unvollkommen die Hülfsmittel auch sein mögen, die wir nach Verlust eines Gliedes als Ersatz desselben anwenden, so wird doch Jedem einleuchten, dass unsere Gliedmaassen nicht zu den wesentlicheren Stücken unseres Organismus zu zählen sind.

Ein Mensch, welcher eine oder selbst mehrere Gliedmaassen eingebüsst hat, bleibt im Vollbesitz aller der Kräfte, durch deren Aeusserung er sich als beseeltes Einzelwesen der Gesellschaft ausweist. Er hat weder an Reichthum der Gedanken, noch an Tiefe der Empfindungen, noch an Fähigkeit zum Wollen verloren. Alle diese Vorgänge, das bewusste Empfinden und das bewusste Wollen können demnach unmöglich in den Gliedmaassen

stattfinden, sondern wir müssen den Ort für diese Vorgänge in dem übrigen Körper suchen. Mit Einem Wort, der Sitz der Seele kann nicht in den Gliedmaassen liegen. Die Gliedmaassen sind offenbar lediglich Werkzeuge der Seele, allerdings Werkzeuge von unnachahmlicher Vollkommenheit, die vermöge ihrer organischen Verbindung mit dem übrigen Körper höchst geeignet sind, die Befehle der Seele auszuführen. Nachdem wir so an einem besonders einfachen Beispiel dargelegt haben, dass die bewusst empfindende und wollende Seele jedenfalls an einem räumlich begrenzten Abschnitt unseres Körpers zur Thätigkeit kommt, will ich versuchen, darzustellen, wie weit es bisher gelungen ist, diesen Sitz oder das Organ der Seele wissenschaftlich aufzufinden. Von je her haben die Völker das Bedürfniss gefühlt, gewisse Körpertheile in besondere Beziehung zur Seelenthätigkeit zu bringen. Wie man die Stelle des Paradieses an fast allen Punkten des Erdkreises hat wiederfinden wollen, so hat man fast alle Organe des Rumpfes und des Kopfes in Verbindung gebracht mit den Functionen der Seele. *Homer*'s Helden überlegen mit dem Zwerchfell. Heftige Zornausbrüche werden als Function der Leber oder Galle angesprochen. Tiefe Erregungen gehen bis in die Nieren.

Bei alten und neuen Völkern gilt das Herz als Sitz der Empfindungen, wie die grosse Zahl von poetischen und nichtpoetischen Wendungen auch unserer deutschen Sprache deutlich darthut. Wenn bei leidenschaftlichen Gemüthsbewegungen Empfindungen auftreten, die wir in die Brust verlegen und wenn ausserdem unter gleichen Umständen das Herz seine Thätigkeit verändert, so war es in der That sehr verzeihlich, das Herz als Sitz der Empfindung anzusehen. Wenn wir sagen: die traurige Nachricht gab ihm einen Stich durch das Herz, oder im Gegensatz: das Herz schwoll ihm vor Freude, so beziehen sich diese Ausdrücke auf eigenthümliche Empfindungen in der mittleren Brustgegend, die wir umsomehr geneigt sind in das Herz zu versetzen, als dieses oftmals gleichzeitig durch heftiges Klopfen seine wirklich veränderte Erregung kundgiebt. Allein der scheinbare Ort unserer Empfindungen erlaubt durchaus keine sicheren Schlüsse über den wirklichen Ort des Empfindungsvorganges.

Wir verlegen z. B. unsere Gesichtsempfindungen ja ganz ausserhalb unserer selbst, wir glauben die Dinge da wahrzunehmen, wo sie sich im Raume befinden, während doch offenbar die Gesichtsempfindung nur in unserem Körper vor sich gehen kann. Es wird ferner den Meisten bekannt sein, dass Amputirte noch viele Jahre nach Verlust des Beines, z. B. gelegentlich bei Witterungsveränderungen heftige Schmerzen in den Zehen des verlorenen Gliedes empfinden und sich von dieser Vorstellung gar nicht loszumachen vermögen. Die Schmerzen werden in diesem Falle angeregt von den Nerven die in die Narbe des Stumpfes eingeheilt wurden, aber der Ort der Schmerzensempfindung ist nicht die Narbe, sondern eben ein Theil der gar nicht mehr besteht. Was in diesen angeführten Fällen besonders überzeugend bewiesen ist, dass der scheinbare Ort der Empfindung nicht einmal

einen Schluss zulässt über den Sitz des Anlasses, der zur Empfindung führt, geschweige denn über den Ort, wo die Empfindung vor sich geht, das lässt sich ganz allgemein bestätigen. Der Ort, an den wir unsere Sinnesempfindungen sowohl wie die anderen Gefühle verlegen, ist überall nur ein scheinbarer. Dass das Herz bei Gemüthsbewegungen heftiger schlägt, rührt nicht daher, dass etwa in ihm selbst die Gemüthsbewegung zu Stande kommt, sondern erklärt sich daraus, dass das Herz vermöge der Nervenverbindungen und durch Vermittlung des Blutlaufs von dem Organ der Seele aus, das wir eben suchen, beeinflusst wird. Die Erscheinungen, welche wir während heftiger Gemüthsbewegung an uns beobachten, wie die Empfindungen in der Brustgegend, sind demnach nur solche, die neben dem wesentlichen Seelenvorgang statthaben und sagen über das Wesen dieses selbst gar nichts aus. Heute zu Tage wird wohl übrigens kaum noch Jemand im Ernst daran glauben, dass der Sitz der Seele in einem Eingeweide der Brust- oder Bauchhöhle zu finden sei. Die, wie wir sogleich nachher sehen werden, richtigere Ansicht, dass der Kopf der Ort der wunderbaren Seelenvorgänge ist, ist längst vollständig populär geworden. Wenn es heisst: der Mann hat einen guten Kopf, oder soviel Köpfe soviel Meinungen, so sprechen diese Wendungen aus, was wissenschaftlich wohl begründet ist. Wenn dagegen Kopf und Herz gewissermaassen in Gegensatz gebracht werden, indem man dem Kopfe das Reich des Entschliessens und Wollens, dem Herzen das Reich des Empfindens zuweist, so beruht das, wie eben auseinander gesetzt wurde, auf Irrthum. Wenn nun auch die Annahme, dass das Organ der Seele im Kopfe zu suchen ist, wohlbegründet ist, so sind doch nicht alle Gründe, die man für diese Annahme beigebracht hat, gleich brauchbar. Wir kennen Alle das Gefühl der Ermüdung, wie sie sich nach anstrengender Thätigkeit der Seele einstellt. Wir verlegen dies Gefühl in den Schädel und sprechen auch geradezu von übermässiger Anstrengung des Kopfes. Nach hochgradiger Anstrengung kann das Gefühl der Erschöpfung übergehen in heftigen Kopfschmerz. Alle diese Thatsachen hat man angeführt, um den Satz zu begründen, dass im Kopfe der Sitz der Seele zu suchen ist. Allein wir haben ja gesehen, dass der scheinbare Ort unserer Empfindungen in keiner Weise maassgebend ist für den wirklichen Sitz des Empfindungsvorganges und darum müssen wir uns nach besseren Beweisen umsehen.

Wir haben die Methode, die, wie mir scheint, zum Ziele führt, bereits im Eingange kennen gelernt. Wir sahen, dass der Sitz der wollenden und empfindenden Seele keinenfalls in den Armen und Beinen gefunden werden kann, weil ein Mensch, der alle Gliedmaassen eingebüsst hat, keinerlei Verlust an seinem Seelenvermögen erfährt, was doch der Fall sein müsste, wenn die Gliedmaassen der Sitz von Seelenfunctionen wären. Denselben Gedankengang können wir nun verwerthen, um zu ermitteln, welche Theile des Rumpfes oder Kopfes entbehrt werden können ohne merkbare Einbusse der Seelenfunctionen. Die Beobachtungen an verstümmelten Menschen und

Thieren oder an Menschen, bei welchen innere Organe durch Krankheiten zu Grunde gegangen waren, ergaben nun auf's Unzweideutigste, dass alle Eingeweide der Brust- und Bauchhöhle keinerlei Beziehungen haben zur Seelenthätigkeit. Dagegen treten verhängnissvolle Störungen, die auf Schädigung der Seelen-Functionen bezogen werden können, ein nach gewissen Verletzungen des Gehirns und des Rückenmarkes. Die Frage nach dem Organ der Seele vereinfacht sich demnach dahin, dass wir die einzelnen Abschnitte der Nervenmassen, welche Schädelhöhle und Kanal der Wirbelsäule ausfüllen, und die wir eben als Hirn- und Rückenmark bezeichnen, auf ihre Functionen zu untersuchen haben. Die nächste Hauptfrage wird also sein, ob die Seele im Hirn- oder Rückenmark wohnt? Wenn Hirn- und Rückenmark von einander getrennt sind, welchem Theil des Körpers bleibt die Seele?

Zahlreiche Unglücksfälle und die mörderischen Zerstörungen unserer Kriegswaffen haben nur zu oft die Gelegenheit dargeboten, diese Frage auch am Menschen zu studiren. Durch Stich- und Schusswaffen, welche die Halswirbelsäule treffen, oder durch einen Sturz auf den Kopf kann gar leicht der Theil des Rückenmarks, welcher in der Halswirbelsäule liegt, vollständig durchtrennt werden. Die Erscheinungen, welche sich an einem solchen Unglücklichen wahrnehmen lassen, soviel sie uns hier interessiren, sind folgende: Der Verletzte liegt, abgesehen von der Athembewegung, die mittelst des Zwerchfells regelmässig von Statten geht, regungslos da. Auf Befragen erzählt er uns die Geschichte seines Unfalles und beschreibt seinen Zustand. Er erklärt, dass er Arme und Beine nicht im Geringsten zu bewegen vermöge, während die Sprache vollkommen ungestört ist, die Augen und sämmtliche Gesichtsmuskeln dem Willen regelmässig gehorchen. Berührt man irgendwo die Haut des Rumpfes oder der Gliedmaassen, so giebt der Verletzte an, nichts davon zu empfinden. Kurz, willkürliche Bewegung und Empfindung scheinen in Rumpf und Gliedmaassen nach Trennung des Halsmarks völlig erloschen. Das Gespräch mit dem Verletzten belehrt uns, dass er in ungeschmälertem Besitz seines Seelenvermögens ist. Darum dürfen wir schliessen, dass in dem Körpertheil, der die Aeusserungen der Seelenthätigkeit noch kundgiebt, auch die Seele wohnt. Wir werden in den Erscheinungen bei solchen Verletzten einen Beweis dafür erblicken, dass die Seele ihren Sitz im Kopfe und zwar im Gehirn hat Dass der Verunglückte die Gliedmaassen nicht bewegen kann, erklärt sich daraus, dass der Willenseinfluss nicht mehr vom Hirn aus zu den Gliedmaassen gelangen kann, weil die Bahn dahin, welche durch das Halsmark führt, unterbrochen ist. Aus demselben Grunde fühlt der Beschädigte keine Berührung der Haut des Rumpfes und der Gliedmassen, weil die nervöse Leitungsbahn zwischen der Haut und dem Gehirn, ebenso durch das Halsmark hindurchgeht.

Soweit scheint Alles überzeugend dafür zu sprechen, dass das Gehirn das ausschliessliche Organ der Seelenfunctionen ist. Meiner Meinung nach

ist dieser Satz auch durchaus richtig, doch ist es nun meine Aufgabe gewisse Thatsachen zu besprechen, die man so gedeutet hat, dass auch das Rückenmark neben und unabhängig von dem Gehirn einen Antheil von Verrichtungen hat, die man als Leistungen der Seele ansehen müsse. Diese Thatsachen sind namentlich an Thieren beobachtet worden, doch finden sich Spuren davon auch beim Menschen. Wenn man bei einem Menschen, dem das Halsmark durchtrennt ist, bei welchem also die Seele des Hirns keinerlei Macht mehr hat über die Gliedmaassen, die Fusssohlen kitzelt oder mit Wasser anspritzt, so werden die Beine mit grosser Kraft gegen den Leib gezogen, als wenn sie aus dem Bereich des lästigen Eingriffs entfernt werden sollten. Der Kopf des Verletzten, welcher zu uns spricht, weiss in solchem Falle weder etwas davon, dass man die Fusssohlen berührt hat, noch ist er sich im Geringsten einer Bewegung der Beine bewusst, über die er gar keine Gewalt hat. Der Vorgang, welcher zu der Bewegung der Beine führt, spielt sich unabhängig vom Hirn im Rückenmark ab; denn derselbe wird nur dann beobachtet, wenn der Zusammenhang zwischen den Nerven des Beins und dem Rückenmark nicht gestört ist und das Rückenmark selbst erhalten ist. Wir sind geneigt, eine Bewegung des Beines, wie sie nach der Kitzelung der Fusssohle eines unversehrten Menschen auftritt, aufzufassen als eine solche, die von der Seele angeregt ist. Wenn nun eine ganz ähnliche Bewegung auch bei einem Menschen mit durchtrenntem Halsmark gesehen wird, bei dem also die Anregung zur Bewegung lediglich vom Rückenmark ausgehen kann, so ist man verführt, auch dem Rückenmark Seelenfunctionen zuzugestehen. Weit mehr gilt dies für die Thiere, unter welchen besonders die Kaltblüter, z. B. Frösche, überaus merkwürdige Bewegungen auch nach der Enthauptung machen, Bewegungen, die also vom Rückenmark abhängen und die den Eindruck machen, als wenn sie von einem beseelten, überlegt handelnden Thiere ausgeführt werden. Ein geköpfter Frosch sucht eine ähnliche Haltung zu bewahren, wie das unversehrte Thier. Er zieht eine Pfote, die man gerade streckt, sorgfältig an den Leib zurück, schleudert Instrumente, mit denen man ihm die Haut verletzt, von sich, reibt sich mit der Pfote die Haut, wenn man sie mit Säure ätzt, kurz handelt in einer ganzen Reihe von Fällen durchaus ähnlich wie das unverletzte beseelte Thier. Namentlich diese an Kaltblütern beobachteten und jederzeit leicht zu bestätigenden Thatsachen sind nun in der That von vielen Forschern so erklärt worden, dass nicht bloss das Hirn sondern auch das Rückenmark selbstständig seelische Functionen ausübt. Meinen Beifall hat diese Ansicht nicht, sondern ich bin der Meinung, dass diese Bewegungen geköpfter Thiere nicht nothwendig als Ausfluss von Seelenthätigkeit betrachtet werden müssen. Um meine Meinung zu begründen, muss ich ausführlicher auf die Frage eingehen, an welchen Merkmalen man denn das Walten einer Seele in einem Körper erkennt. Ein Körper hat eine Seele, wenn er bewusste Empfindung und bewussten Willen hat. Was die Empfindung anlangt, so ist sie ein Vorgang, von

dessen Dasein wir streng genommen nur aus der Selbstbeobachtung etwas wissen. Jeder von uns fühlt sich als selbstbewusstes empfindendes Wesen, aber Niemand weiss sicher, ob ein Anderer ausser ihm ähnlich empfindet. Wir schliessen auf die Empfindungen Anderer nur aus den Bewegungen, die sie machen, zu welchen Bewegungen z. B. auch der sprachliche Ausdruck gehört; denn auch die Sprache entsteht ja durch die Bewegung gewisser Muskelgruppen. Mit Sicherheit aber können wir niemals aus der Bewegung, die wir sehen, Empfindungen Anderer errathen, wie schon aus der Thatsache einleuchtet, dass der gewöhnliche Ausdruck der Empfindungen unterdrückt oder verstellt werden kann. Es lässt sich ferner nicht bestreiten, dass bewusstes Empfinden bestehen kann ohne alle Bewegung, ja selbst ohne die Fähigkeit dazu. Jeder von uns hat wohl schon den Zustand durchgemacht, dass man sich im Schlaf seiner Lage vollkommen klar bewusst sein kann, ohne dass man im Stande ist, diese Lage durch den Willen zu verändern. Man ist sich im Traum vollkommen bewusst, dass man träumt, man entschliesst sich, zu erwachen. Man will die Augen öffnen, die Hände bewegen u. s. w., aber alle Muskeln sind wie gelähmt, es ist als wenn die Brücken zwischen der Seele und den ausführenden körperlichen Organen überall abgebrochen wären. Man ist machtlos, ohne Bewegung, obwohl Empfinden und Wollen da sind.

Aehnliche Zustände, wie hier im Traum, können auch im Wachen eintreten. Ich erinnere mich, dass ich in meiner Jugend einmal von einem Heuboden herab stürzte und mir eine heftige Nervenerschütterung zuzog. Unmittelbar nach dem Falle hatte ich vollkommen klares Bewusstsein, fühlte mich aber ausser Stande, irgend eine Bewegung zu machen, selbst nur zu athmen. In grösster Todesangst machte ich die heftigste Willensanstrengung, um Luft zu holen, aber ohne Erfolg. Nach einer Anzahl qualvoller Secunden kam der erste Athemzug und nicht lange nachher kehrte auch die Fähigkeit zu willkürlichen Bewegungen wieder. Während jener Secunden völliger Regungslosigkeit stellte mein Körper also eine scheinbar leblose Masse dar, in welcher gleichwohl klares Bewusstsein war. So ist es demnach durchaus denkbar, dass ein Körper Empfindung, also Seele haben kann, ohne dass wir Bewegungen wahrnehmen; aber es wäre höchst unwissenschaftlich, wenn wir diese Möglichkeit zugebend sie als die Regel gelten lassen wollten. Fussend darauf, dass bewusste Empfindung sich keineswegs immer durch Bewegung verrathe, haben nämlich Manche geradezu verlangt, es müsse z. B. in einem verstümmelten Thiere so lange Empfindung angenommen werden, bis erwiesen sei, dass die Empfindung fehle. Wenn es nun schon nicht möglich ist sicher zu beweisen, dass ein Anderer ausser mir eine bestimmte Empfindung hat, da die Empfindung etwas rein Persönliches ist, so ist es noch weniger möglich, den Mangel der Empfindung bei Andern festzustellen. Wollten wir uns darauf einlassen, Seele zuzugestehen solchen Körpern, die nicht durch eigenthümliche Bewegungen die Functionen der Seele verrathen, so

kämen wir fürwahr in das Reich hinein, das dem Walten der Phantasie, aber nicht der strengen wissenschaftlichen Forschung gebührt. Wir dürften dann z. B. auch den Pflanzen, ja selbst den todten Gebilden der unorganischen Natur die Beseelung nicht absprechen; denn positiv beweisen können wir nicht, dass eine Pflanze etwa der Empfindung baar ist. Indem wir diesen abenteuerlichen Standpunkt verwerfen, verlangen wir vielmehr, dass ein Körper, den wir für beseelt halten sollen, durch gewisse Bewegungen unzweideutig solches beweist und andererseits halten wir jeden Körper für unbeseelt, welcher sich entweder überhaupt nicht bewegt oder dessen Bewegungen so beschaffen sind, dass sie auch ohne die Annahme einer Seele erklärt werden können. Welcher Art müssen denn nun die Bewegungen sein, wenn wir gezwungen sein sollen, sie als Ausfluss von Seelenthätigkeit anzusehen? Die leicht erregte Phantasie der Alten sah das Walten beseelter Geister in allen Bewegungserscheinungen der Natur, deren Wesen wenig oder gar nicht aufgeklärt war. So wurden die Erscheinungen von Donner uud Blitz, das Brausen der Winde, das Toben des sturmbewegten Meeres der directen Einwirkung der Götter zugeschrieben, d. h. auf Seelenacte zurückgeführt. Wenn der sogenannte Memnonskoloss in Aegypten bei den ersten Strahlen der Morgenröthe einen Ton von sich gab, von dem man sich keine Erklärung geben konnte, so war es die Seele eines Gottes, die die Morgenröthe auf diese Weise begrüsste. Ein Wilder, der noch nicht von der Cultur beleckt ist, wird, wenn ihm eine Uhr ans Ohr gehalten wird, aus dem Ticken der Uhr mit voller Sicherheit schliessen, dass in der Uhr ein Thier also ein beseeltes Wesen verborgen ist. Auf derselben Stufe steht der russische Bauer, welcher sich nicht ausreden lässt, dass in der Locomotive der Teufel verborgen ist; denn auch der Teufel ist ja immerhin ein beseeltes Wesen. Warum denkt der Gebildete in allen diesen Fällen nicht an Seelenthätigkeit? Weil er Kenntniss hat von den Bewegungen, die durch Naturkräfte erzeugt sind und weil er weiss, dass höchst überraschende, überaus verwickelte Bewegungserscheinungen, künstlich hervorgebracht werden können durch Benutzung dieser Naturkräfte in mechanischen Apparaten. Wir brauchen nicht die wahre Ursache einer Bewegungserscheinung zu kennen, es genügt der Schluss aus der Analogie, um uns zu der Ansicht zu führen, dass rein mechanische Ursachen zur Erklärung des Vorganges genügen. So wird es Niemand einfallen die Erscheinungen des Nordlichtes anders erklären zu wollen, als aus mechanischen Ursachen, obwohl die wahre Natur dieser interessanten Erscheinung noch nicht völlig aufgehellt ist. Ebensowenig werden wir bei dem Anblick der Kunststücke eines geschickt und scharfsinnig gebauten Automaten einen Augenblick zweifeln, dass lediglich eine geschickte Verwerthung von Naturkräften vorliegt, wenn wir auch von der besonderen Einrichtung des Mechanismus keine Vorstellung haben.

Man wird mir vielleicht entgegenhalten, dass es in solchen Fällen selbstverständlich sei, das Walten einer Seele auszuschliessen, da es sich

um Bewegungen unorganischer Substanz handelt. Seele kann unter allen Umständen nur der organischen belebten Substanz zukommen und die Bewegungen dieser allein vermögen uns hier zu interessiren. Auf solche Einwände hätte ich zu erwidern, dass die allgemeinen Naturgesetze nicht blos für die Bewegungen der unorganischen todten Massen sondern ebenso für die der belebten organischen Masse unbedingte Geltung haben. Die Erforschung der Bewegungen in der unorganischen Natur ist daher von der allerhöchsten Wichtigkeit auch für die Deutung der Bewegungsvorgänge in der belebten organischen Natur. So oft wir einen Vorgang im belebten Körper zu deuten vermögen aus den Gesetzen der Physik und Chemie, ist eine wirkliche Erklärung gewonnen. Wenn wir dagegen genöthigt sind einen Vorgang auf die Thätigkeit der Seele zurückzuführen, so ersetzen wir uns ein Räthsel durch ein anderes, wir bekennen dann nämlich, dass ein Etwas mitspielt, von dem wir in der anorganischen Welt ein Analogon, ein Aehnliches nicht vorfinden. Es ist nicht schwer unter den Bewegungen organischer Körper solche auszusuchen, welche offenbar durchaus ähnlich sind den Bewegungen der Maschinen. Denken wir z. B. an das Herz. Dasselbe stellt ein regelmässig arbeitendes Pumpwerk dar, in Bau und Einrichtung durchaus ähnlich den Maschinen der unorganischen Welt. Dass die Bewegungen des Herzens unabhängig sind von unserer Seele, ist Jedem bekannt. Wir vermögen die Bewegungen des Herzens durch unseren Willen weder zu hemmen noch zu beschleunigen. Dieser wichtigste Winkel des Körpers erfüllt seine Aufgabe, die Fortbewegung des Bluts, wie jeder Muskel auf Kosten der chemischen Umsetzungen, die in ihm vorgehen. Man hat berechnet, dass die gesammte Kraftentwicklung, die unsere Muskeln leisten, durchaus die gleiche ist, wie diejenige, welche in der unbelebten Natur bei gleicher chemischer Zersetzung vor sich geht. In unserem Herzen tragen wir also in uns eine kleine Maschine, die nach denselben Gesetzen arbeitet, wie die Maschinen der unbelebten Natur. An der Wahrheit dieses Satzes wird dadurch nichts geändert, dass wir von den Einzelheiten, wie die Herzmaschine ihre Arbeit leistet, bisher herzlich wenig wissen. Halten wir also an dem Satze fest, dass es Maschinen von organischer Substanz giebt. Derartige maschinenartige Vorrichtungen birgt unser Körper in grosser Zahl. Erwähnen will ich nur noch des Magens und des übrigen Darms, Organe, die auch ihre maschinenartige mechanische und chemische Thätigkeit vollziehen ohne jedes Zuthun oder Vorwissen der Seele. Es giebt ferner andere maschinenartige Vorrichtungen in unserem Körper, die zwar im Wesentlichen unabhängig sind von unserem Willen also unserer Seele, die indess bis zu einer gewissen Grenze von der Seele beeinflusst werden können. Dahin gehört der Mechanismus der Athmung. Wir athmen im Wachen wie im Schlaf, also auch unabhängig von unserem Willen. Der Wille vermag wohl die Tiefe und Zahl der Athmung für Zeiten zu ändern, aber er vermag nicht die Athmung für beliebige Zeit zu unterdrücken. Bemühen wir uns den Athem einzuhalten, so gelingt das nur für ganz kurze Zeit.

Trotz der grössten Willensanstrengung siegt der Mechanismus über unseren Willen und die Athmung kommt wieder in Gang. Bisher haben wir solche organische von der Seele unabhängige Bewegungen betrachtet, die mit einer gewissen Regelmässigkeit wiederkehren. Eine andere Gruppe von Bewegungen, die gleichfalls dem Willen entzogen sind, tritt immer nur nach einer ganz bestimmten Veranlassung, einem Reiz auf. Wir nennen sie vorzugsweise Reflexbewegungen. Dahin ist z. B. zu rechnen das Niesen nach Reizen, die die Nasenschleimhaut treffen, das Husten nach Reizung der Kehlkopfsschleimhaut und andere. Aber selbst diejenigen Bewegungen, welche ursprünglich wirklich von der Seele dictirt werden, stehen doch nicht nothwendig dauernd unter dem Einfluss derselben. Wenn ein Arbeiter sich an die Drehbank setzt und mit dem Fusse das Rad der Maschine in Bewegung setzt, so ist der erste Tritt zweifellos durch einen bewussten Seelenentschluss veranlasst. Ist aber die Maschine erst im Gang, so sind, wie wir uns ja auch ausdrücken, die weiteren taktmässigen Bewegungen des Fusses rein maschinenmässige, während die Aufmerksamkeit der Seele des Arbeiters ausschliesslich der Thätigkeit seiner Hände zugewandt ist. Wenn wir auf einem Spaziergange eine weidende Kuh betrachten, so sehen wir ihren Schwanz fortwährend thätig rechts und links die Flanken zu peitschen zur Abwehr der Fliegen. Zweifellos ist diese Bewegung zunächst veranlasst durch den Reiz der Fliegenstiche; aber einmal in Gang gesetzt, dauert sie maschinenartig fort, ohne dass jedem Schweifschlage gerade ein neuer Reiz voranzugehen brauchte. Womit das Kuhbewusstsein vorzugsweise beschäftigt sein mag, lasse ich dahin gestellt, jedenfalls glaube ich, dass nicht jeder Schlag des Schweifes durch einen besonderen Entschluss angeregt ist. Zum Menschen zurückkehrend, erinnere ich endlich an das, was jeder von uns auf dem Spaziergange bei lebhafter Unterhaltung an sich selbst beobachtet. Obwohl unsere Gedanken lediglich mit dem Gegenstande der Unterhaltung beschäftigt sind, so arbeitet die sich fast selbst überlassene Gehmaschine regelmässig weiter. Es genügt eine oberflächliche Controle der Seele, um sie in zweckmässiger Thätigkeit zu erhalten. Aus dem Vorangegangenen habe ich herleiten wollen, dass in unserem Nervensystem neben dem eigentlichen Organ der Seele eine Menge von Nervenmechanismen zu suchen ist, welche zwar von der Seele in Thätigkeit versetzt werden können, aber einmal in Thätigkeit gesetzt fortspielen, so lange, bis ein neuer Seelenakt ihre Thätigkeit hemmt. Diese Nervenmechanismen niederen Ranges verhalten sich der Seele gegenüber gleichsam wie Unterbehörden der leitenden Stelle gegenüber, also so, dass sie zwar meistens nur Befehle auszuführen haben, daneben aber auch eine gewisse Selbständigkeit besitzen.

Haben wir soeben Bewegungen organischer Substanz kennen gelernt, die entschieden als maschinenartige zu erklären, so kann umgekehrt der Fall eintreten, dass eine scheinbar lediglich aus unorganischer Substanz bestehende Maschine aus der Art ihrer Bewegung errathen lässt, dass sie

nicht durch Naturkräfte getrieben wird, sondern dass ein beseeltes, in ihr verborgenes Wesen sie leitet. Im Anfange dieses Jahrhunderts zog Kempelen, ein berühmter Mechaniker, mit einem Automaten umher, der grosses Aufsehen erregte. Der Automat, welcher die Form eines hölzernen Türken hatte, spielte vortrefflich Schach. Sowie der Gegner einen Zug gethan hatte, antwortete die Figur spielentsprechend und ging meistens als Sieger aus dem Kampfe hervor. Der Automat war mit verschiedenen Thüren versehen Wenn der Schausteller eine derselben öffnete, so erblickte man eine Menge schnurrender Räder, die den Anschein erweckten, als wenn es sich in der That um eine verwickelte Maschinerie handele. Dem Einsichtigen konnte es gleichwohl nicht zweifelhaft sein, dass das Publikum hier das Opfer eines geschickten Betruges wurde. Es ist rein unmöglich, dass in einer Maschine alle die unzähligen Fälle vorgesehen sein können, welche sich beim Spiel ereignen und die Züge der Gegner bestimmen. Weil die Maschine so viel leistete, als eben nur ein beseelter Mensch leisten kann, war der Schluss nothwendig, dass die Hand des Automaten irgendwie durch einen Menschen geleitet werden müsse. Wirklich hat sich denn auch später herausgestellt, dass in der scheinbaren Maschine ein sehr kleines gut Schach spielendes Männchen verborgen war, welches die Hand des Türken führte.

Dieses Beispiel scheint mir besonders geeignet, um klar zu machen, welcher Art Bewegungen sein müssen, wenn sie mit Nothwendigkeit als Ausfluss von Seelenthätigkeit angesehen werden müssen. Die Leistungen jeder Maschine, auch der vollkommensten sind berechenbar, die Leistungen der Seele von unberechenbarer Mannigfaltigkeit.

Kehren wir jetzt zu unserer Hauptaufgabe zurück und prüfen wir, ob die Bewegungen geköpfter Thiere als maschinenmässig aufzufassen sind, oder ob sie von einer im Rückenmark wohnenden Seele abhängen müssen. Man hat hervorgehoben, diese Bewegnngeu seien so ausserordentlich zweckmässig, dass sie einer zielbewussten Seele entspringen müssten. Doch als Antwort könnte man gerade umgekehrt behaupten, die grosse Zweckmässigkeit spreche für die maschinenartige Natur. Da Maschinen in der Regel von besonders intelligenten Köpfen construirt sind, so leisten sie die ihnen obliegende beschränkte Aufgabe weit exacter und besser als der beseelte weniger geschickte Durchschnittsmensch. Wenn nun überhaupt zugegeben werden muss, dass im Rückenmark maschinenähnliche Nervenvorrichtungen bestehen können, so ist nicht abzusehen, warum diese nicht ausgezeichnet zweckmässig sein sollten. Wohlbekannte zweifellose Reflexbewegungen sind von vorzüglicher Zweckmässigkeit. Was kann zweckentsprechender sein, als dass ein fremder Körper, der in meinen Kehlkopf geräth, durch einen kräftigen Hustenstoss, also eine maschinenartige Reflexbewegung hinausgeworfen wird? Die Zweckmässigkeit spricht also mehr dafür als dagegen, dass das Rückenmark ein rein mechanisches Centrum darstellt. Man hat ferner gesagt, dass die Mannigfaltigkeit der Bewegungen, welche ge-

köpfte Thiere noch ausführen, eine so unbegreifliche Menge von Mechanismen im Rückenmark voraussetze, dass es um dieser Schwierigkeit zu entgehen, einfacher scheine eine Seele im Rückenmark anzunehmen. Dieser Einwand scheint mir eine Unklarheit des Gedankenganges zu enthalten. Die Annahme einer Seele im Rückenmark ist gewiss keine einfache Erklärung, sondern strenggenommen gar keine Erklärung. Wenn ich selbst unter den grössten Schwierigkeiten gewisse Bewegungen auf mechanische Ursachen zurückführe, so ist das eine wirkliche Erklärung; denn Erklären heisst auf Bekanntes zurückführen. Wenn ich dagegen als Ursache der Bewegung eine Seele im Rückenmark construire, so heisst das ein neues unbekanntes Etwas statt der Erklärung darbieten, d. i. die Unmöglichkeit einer Erklärung eingestehen. Im besten Falle könnte doch die angebliche Rückenmarkseele nicht unmittelbar selbst die Bewegungen ausführen, sie müsste zunächst immer auf Nervenmechanismen wirken, und diese Nervenmechanismen müssten äusserst mannigfaltig sein. Der Nothwendigkeit Nervenmechanismen in enorm grosser Zahl im Rückenmark anzunehmen, entrinnt man also ohnehin nicht. Ich sehe nun auch gar nicht ein, warum die Menge der maschinenartigen äusserst verwickelten Nerveneinrichtungen im Rückenmark nicht beliebig gross gedacht werden soll, da die Anatomie uns täglich neue Thatsachen beibringt, welche bestätigen, wie überaus verwickelt der Bau des Rückenmarks ist und wie viele Sondervorrichtungen noch in Organtheilen enthalten sind, die man vor Kurzem noch für einfach hielt. Es genügt also die Annahme, dass die Bewegungen, welche geköpfte Thiere noch auszuführen vermögen, als reine Reflexbewegungen aufzufassen sind, welche abhängen von den sehr zahlreichen selbständigen Nervenvorrichtungen oder Centren, die sich im Rückenmark vorfinden. Erheblich unterstützt wird diese Annahme durch die bereits erwähnte Beobachtung am Menschen, durch welche festgestellt ist, dass ein Mensch, bei welchem das Hirn vom Mark getrennt ist, nichts von seinen psychischen Kräften, welche sich durch die Sprache äussern, einbüsst. Das Gehirn ist also in Wahrheit der ausschliessliche Sitz der Seele und die Vermuthung, dass auch das Rückenmark, der Ort psychischer Vorgänge ist, beruht auf unerwiesenen Voraussetzungen. Was aber nicht bewiesen ist, das ist für die Wissenschaft überhaupt nicht vorhanden.

Da das Hirn das Organ der Seele, so wird bei dem äussersten Strafmittel, welches unsere Rechtspflege noch immer nicht glaubt entbehren zu können, bei der Enthauptung, das empfindende bewusste Ich zweifellos für die Dauer eines kleinsten Zeittheilchens dem Kopfe verbleiben. Wenn aber erzählt wird, dass das Bewusstsein des abgetrennten Hauptes sich noch durch Erscheinungen kundgeben könne, so beruht das auf Irrthum. So findet sich bei *Sömmering* die Fabel erzählt, dass das durch die Guillotine abgetrennte Haupt der Charlotte Corday, die hingerichtet wurde, weil sie den Mann des Schreckens, Marat, ermordet hatte, dass das abgetrennte Haupt erröthet sei, als ihm der Henker einen Backenstreich versetzt habe.

Nach der Enthauptung strömt alles verfügbare Blut durch die durchschnittenen Gefässe sofort ab, und jede Blutbewegung hört augenblicklich auf. Erröthung der Wangen setzt ein Zuströmen des Blutes zu den Wangen voraus. Ein solches ist nach der Verblutung des Kopfes durchaus unmöglich, und darum *Sömmering*'s Anekdote, deren Inhalt ihn beunruhigte, den Fabeln zuzurechnen. Man kann mit Bestimmtheit behaupten, dass das Leben des abgetrennten Gehirns fast augenblicklich erlischt, da das Hirn der fortwährenden Blutzufuhr nicht entbehren kann. Wird dagegen durch künstliche Vorrichtungen ein Blutstrom andauernd durch das abgetrennte Haupt geleitet, so kann das Leben des isolirten Gehirns noch fortbestehen. Dergleichen Versuche sind in der That von dem französischen Physiologen *Brown-Séquard* mit Erfolg an Thierköpfen angestellt worden.

Wir haben als Organ des Empfindens und Wollens das Gehirn kennen gelernt, aber das Gehirn ist ein recht umfänglicher Körpertheil und es entsteht daher nun die weitere Frage, in welchem Abschnitt des Gehirns die Seelenvorgänge stattfinden? Es giebt keinen Theil des Gehirns, von dem nicht dieser oder jener Forscher behauptet hätte, dass die Seele in ihm wohne. Gerade die bedeutendsten Männer haben in dieser Beziehung mit die ungereimtesten Sätze aufgestellt. Der grosse Mathematiker und Philosoph *Cartesius* vertheidigte die oft wiederholte Lehre, dass die Seele in der Zirbeldrüse sitzt, einem gewiss sehr unwesentlichen Theile des Gehirns. Als Grund führte er Folgendes an: Die Seele ist ein Einfaches. Die Organe des Gehirns sind aber fast alle doppelt angelegt. Die Zirbeldrüse allein ist einfach: also muss sie das Organ der Seele sein. Ich will nicht die Zweifelhaftigkeit des Satzes beleuchten, ob die Seele wirklich etwas so Einfaches ist wie sich *Cartesius* dachte, ich will nur berühren, dass ja auch die glücklich gefundene Zirbeldrüse aus zwei gleichen symmetrischen Hälften besteht, dass sie also nach *Descartes* eigener Beweisführung doch nicht geeignet scheint, als Kammer für die Seele zu dienen. Andere Forscher haben das grosse Gehirn, andere das kleine Gehirn oder die Vierhügel, den Balken, die Brücke und andere Hirntheile als Organe der Seele angegeben. Ja der sonst so geniale *Sömmering* hat sogar eine gar nicht organisirte Substanz, das Wasser der Hirnhöhlen, als Sitz der Seele aufgestellt. Wo die Antworten auf eine Frage so zahlreich, so widersprechend sind, da ist immer der Verdacht begründet, dass keine die ganze Wahrheit angiebt und dies trifft auch hier zu. Es lässt sich der Seele nicht ein abgegrenztes kleines Plätzchen im Gehirn anweisen, sondern die Seelenfunctionen werden von der Hirnmasse in grosser Ausdehnung verrichtet. Die Methode, durch welche diese Wahrheit ermittelt ist, ist auch hier wieder die nämliche, wie wir sie bei Betrachtung der Functionen des Rückenmarks kennen gelernt haben. Man wird die Lebensäusserungen von Thieren und Menschen zu beobachten haben, welche gewisse Hirntheile einbüssten und wird aus den Störungen der Lebens-Aeusserungen, also der Bewegungen, Schlüsse machen auf die Betheiligung des fehlenden Organs

an den Seelenfunctionen. So klar dieser Weg vorgezeichnet ist, so zahlreich die Forscher sind, die ihn verfolgt haben, die sicheren Resultate sind bis jetzt dürftiger Natur und es hiesse nicht blos den Rahmen dieses Vortrages über Gebühr erweitern, es hiesse die Aufmerksamkeit meiner Zuhörer mit unerfreulichem Balast belästigen, wenn ich taktlos genug sein wollte, hier zu viel in's Einzelne zu gehen.

Darum will ich mich zum Schluss nur noch auf wenige Andeutungen beschränken. Es giebt keine engbegrenzte Stelle im Gehirn, von der man sagen könnte: Hier wohnt die Seele, d. h. wenn diese kleine Stelle zerstört wird, so hört nothwendig Empfinden und Wollen auf. Dagegen treten sehr erhebliche Störungen der psychischen Functionen ein, sobald die Masse des Gehirns in grösserer Ausdehnung vernichtet wird. Von hervorragender Bedeutung für die Seelenfunctionen scheint namentlich die Hirnmasse, welche wir unter der Bezeichnung des grossen Gehirns verstehen. Thiere, welche das grosse Gehirn verloren haben, bewegen sich fast nie von selbst vorwärts, sondern verharren starr in der einmal gegebenen Stellung. Sie verrathen weder Furcht noch Freude bei Annäherung des Menschen. Sie fressen nicht von selbst. Eine Taube ohne grosses Gehirn bleibt ruhig auf einem Erbsenhaufen sitzen und würde daselbst verhungern, wenn ihr nicht Nahrung in den Schnabel gesteckt würde. Man hat früher aus den Erscheinungen schliessen wollen, dass solche Thiere der Sinne beraubt sind, dass sie blind, taub, ohne Geruch und Geschmack sind. Das ist indess irrthümlich. Ihre Sinnesorgane functioniren regelmässig, aber es bedarf verhältnissmässig mächtiger Sinnesreize, um das Thier zu Bewegungen zu veranlassen. Hält man dem Thier eine brennende Kerze vor die Augen und bewegt sie hin und her, so folgt das Thier mit dem Kopfe den Bewegungen der Kerze. Die Gesammtbewegungen des Körpers sind dabei ungestört. Stösst man das Thier an, so bewegt es sich vollständig normal eine Strecke vorwärts. Wirft man eine des Grosshirns beraubte Taube in die Luft, so fliegt sie regelmässig eine Strecke, bis sie auf einen nahen Punkt sich niederlassend daselbst abermals fast regungslos verharrt. Solche Thiere, die niemals von selbst fressen, putzen sich übrigens höchst sauber die Federn, durchaus ebenso wie eine unversehrte Taube. Es scheint auch bei diesen Thieren noch ein Wechsel zwischen Schlaf und Wachen stattzufinden; denn man sieht, dass eine Taube ohne Grosshirn zeitweise den Kopf unter den Flügel steckt, wie ein schlafendes Thier. Wenn man erwägt, dass des Grosshirns beraubte Thiere keine Furcht verrathen, obwohl sie sehen und sich gut bewegen können, wenn man erwägt, dass sie nie ihres Gleichen aufsuchen, dass sie nie von selbst Speise und Trank zu sich nehmen, so wird man den Schluss gerechtfertigt finden, dass diesen Thieren wesentliche Seelenfunctionen mangeln. Man wird vermuthen dürfen, dass sie kein oder höchstens ein dämmerndes Bewusstsein haben. Das Organ, welches ihnen fehlt, das grosse Gehirn scheint danach das Organ des Bewusstseins zu sein. Man ist geneigt, wenn man einmal

die wesentlichsten Seelenfunctionen einem beschränkten Hirntheil zugeschrieben hat, alle übrigen Hirntheile für rein maschinenmässig arbeitende Apparate, ähnlich dem Rückenmark, anzusehen. Die Beobachtung widerspricht dem aber. Ein Thier ohne Grosshirn, also ein Thier ohne das Organ des Bewusstseins, leistet mehr, als auch die denkbar feinste und verwickeltste Maschine zu leisten vermöchte. Ein Thier ohne Grosshirn, z. B. ein Frosch, bewegt sich wie eben angegeben wurde, fast nie von selbst. Wird er aber angestossen, gereizt, so hüpft er ganz ebenso geschickt weiter wie ein unversehrtes Thier. Er vermeidet jedes im Wege stehende Hinderniss mit grösster Sicherheit, umkriecht oder überspringt dasselbe und wählt ebenso passend die richtigen Mittel, wie das nicht verstümmelte Thier. Ja selbst wenn man einem Frosch ohne Grosshirn, also ohne Bewusstsein, ein Bein festnäht, ihm also ein wesentliches Glied seines Bewegungsapparates nimmt, selbst dann weiss er mit dem Rest der ihm gebliebenen Fortbewegungsmittel ein Hinderniss geschickt zu umgehen. Es leuchtet ein, dass die denkbar vollkommenste Maschine nie ähnliches leisten kann, denn keine Maschine wird zweckentsprechend weiter arbeiten können, wenn ich ihr durch einen unvorhergesehenen Eingriff einen wesentlichen Theil des Räderwerkes raube.

Das Resultat unserer Betrachtungen wäre also: Das ausschliessliche Organ der Seelenvorgänge ist das Gehirn. Von wesentlichster Bedeutung unter den verschiedenen Hirntheilen ist das Grosshirn, welches man als Organ des Bewusstseins ansehen kann. Aber auch die anderen Hirntheile haben Functionen, die jedenfalls über das hinausgehen, was wir als maschinenmässige Leistungen bezeichnen können.

Da es feststeht, dass die Seelenfunctionen von einem grossen Gebiet des Gehirns ausgeübt werden, so liegt der Gedanke nahe, dass die Grösse und das Gewicht des Gehirns einen Maassstab abgeben möchten für die Höhe der geistigen Anlagen eines Individuums. Man hat in der That gefunden, dass das Menschenhirn nicht blos absolut sehr gross, sondern dass es auch im Verhältniss zum ganzen Körpergewicht sehr gross und schwer ist. Allein es giebt Thiere, z. B. kleine Vögel und gewisse Affen, die ein verhältnissmässig noch grösseres Hirn haben als der Mensch und denen wir uns geistig doch nicht unterordnen wollen. Auch die Vergleichung der Schädel und Hirne verschiedener Menschenracen und verschiedener Individuen hat bei aller darauf verwandten Mühe bis jetzt keine durchschlagenden Erfolge aufzuweisen. Das Hirn des Negers ist kleiner als das des Europäers. Unsere Altvorderen, die in Felsenhöhlen oder auf Pfahlbauten wohnten, scheinen kleinere Hirne gehabt zu haben als wir. Geistig sehr hochbegabte Männer hatten sehr schwere Hirne. Das wird z. B. gemeldet von dem grossen Protector Englands, Oliver Cromwell und dem Dichter Byron. Dagegen fand sich das Hirn anderer grosser Männer kaum grösser als der Durchschnitt, oder blieb hinter diesem zurück. Es kann uns auch gar nicht wundern, dass die Messungen und Wägungen in diesem Falle

bisher nur wenig Sicheres zu Tage förderten, da die Methode der Messung und Wägung bisher auf zu ungewissen Voraussetzungen beruht. Indem wir das Hirn wägen, wägen wir neben den Organen für die höheren psychischen Functionen alle diejenigen Nervenmassen mit, welche rein mechanischen Zwecken dienen. Wählen wir ein Beispiel. Aus der Grösse einer menschlichen Wohnung und der Menge von Menschen, die darin hausen, werden wir niemals schliessen dürfen auf das Maass von Intelligenz, das darin zu finden ist. In dem grossen Hause wohnen gewiss viele Menschen, aber sie treiben mechanische Verrichtungen ohne Aufwand zu machen mit der Production von eignem Witz und Scharfsinn. Und in dem kleinen Häuschen daneben im Dachstübchen wohnt vielleicht ein Dichter, dessen Gaben mehr werth sind, als die aller Bewohner des grossen Hauses So wissen wir auch bei der äusseren Betrachtung und Wägung des Hirngebäudes nicht, wie viel Kammern desselben leeres Stroh und wie viele davon das Gold der geistigen Production enthalten. Die anwesenden Mitglieder des schönen Geschlechts werden sich also nicht beunruhigen, wenn sie hören, dass das Hirn des Mannes im Durchschnitt um einige Loth schwerer ist, als das des Weibes; denn wir wissen ja nicht, ob diese Paar Loth nicht vielleicht den stärkeren Leidenschaften des Mannes oder seinen mehr mechanischen Neigungen als Organ dienen.

Was den geselligen Theil der Versammlung betrifft, so machten sich alle die Vorzüge in freundlicher Weise geltend, wie sie eine kleinere Universitätsstadt im nördlichen Deutschland gewährt. Regierung und Bevölkerung wetteiferten, es den Gästen an Zerstreuung nicht fehlen zu lassen, selbst ein Liederbuch war eigends gedruckt worden, um den Reiz der geselligen Abende zu erhöhen. Vielleicht ist noch nicht dagewesen, dass auch im Theater ernste und heitere Gelegenheitsstücke aufgeführt wurden. Die Fahrten nach Warnemünde und Doberan brachten dem Arzte Belehrung, während die psychiatrische Section ihren Glanzpunkt in den Festen feierte, welche ihr Vorsitzender *Flemming* und Kollege *Beimer* ihr in Schwerin bereiteten, nachdem das Allen theure Sachsenberg seine Räume zur Aufnahme bereit gestellt hatte, denen man es ansah, dass eine ununterbrochene Vervollkommnung den Anforderungen der Neuzeit entspricht. Die Festoper „Don Juan“, vom Grossherzog in liberaler Weise gewährt, beendete würdig die seit 2 Jahren erstrebte Versammlung. *L.*

Literatur.

Die Gehirnerweichung der Irren (Dementia paralytica) für Aerzte und Studirende bearbeitet von Dr. *Th. Simon* in Hamburg (Hamburg 1871).

Das Gesammtbild der allgemeinen Paralyse in handgerechter Form und knapper, klarer Zeichnung auch dem nicht psychiatr. ärztlichen Publikum zum Studium darzubieten, ist ein um so lohnenderes Unternehmen, als bei letzterem im Allgemeinen über das Wesen dieser Krankheit eine grosse und, offen gesagt, eminent verderbliche Unklarheit herrschend ist. Dem Zwecke der Arbeit gegenüber ist es sehr zu bedauern, dass Verf. dieselbe mit dem wirklich gemeingefährlichen Namen „Gehirnerweichung der Irren" bezeichnet. Die volksthümliche Bezeichnung „Gehirnerweichung" ist weit älter, als die von *Baillarger* und *Regnard* beschriebene partielle Erweichung der Hirnrinde (vgl. S. 72); sie ist der Ausdruck einer verwirrten Vorstellung von encephalomalacischen Herden, ein Ausdruck, der indessen alle schweren Hirnerkrankungen gelegentlich involvirt und deshalb am allerwenigsten einer Krankheit als Stempel auf die Stirn gedrückt werden sollte, die ohnehin überreich ist an mehr oder weniger unpassenden Benennungen. Die Schilderung der Krankheit in ihren klinischen Grundzügen ist eine wahre und klare zu nennen. Dass Illusionen und Hallucinationen fehlen oder doch Seltenheiten sein sollen, werden die meisten Beobachter schwerlich bestätigen können; Ref. hat die unermüdlichsten Schreier und lebhaftesten Hallucinanten in dieser Kategorie angetroffen. Den psychischen, vornehmlich aber den motorischen Krankheitserscheinungen lässt die Beschreibung eine verdiente Ausführung zu Theil werden. Die in jüngster Zeit in Aufnahme gekommenen sphygmographischen Untersuchungen des Pulses haben auch in vorliegender Monographie ein Blatt der Empfehlung und Erläuterung gefunden. Das grosse Gewicht, welches auf die Bedeutung des Sympathicus und seiner Mitleidenschaft bei den leichteren und schwereren Hautaffectionen etc. gelegt wird, ist in hohem Grade anerkennenswerth. Auch ist es gewiss plausibel, die von Verf. sogen. paralytischen Anfälle (apoplectiforme und epileptiforme der Autoren) einer grossen Zahl nach auf vasomotorische Neurosen des Gehirns zurückgeführt zu sehen; bestechend,

aber unerwiesen ist die Annahme, dass bei Lungenaffectionen Paralytischer der paralytische Anfall für den initialen Schüttelfrost stehen könne. Dass in der That die Eintheilung der allgem. Paralyse in Krankheitsstadien precär ist (difficile est, satyram non scribere), beweist Verf. durch die seinige: er lässt auf ein Prodromalstadium das des Ausbruchs, sodann der Remission und endlich der finalen Exacerbation folgen.

Der heutige Stand der pathol. Anatomie der D. p. wird durchweg entsprechend skizzirt. Recht anerkennenswerth ist es, dass Verf. weder für Ganglienzellen oder Neuroglia, noch für Blutgefässe oder den Sympathicus persönlich engagirt erscheint. Erspriesslicher für das Verständniss seines Publikums wäre es gewesen, wenn Verf. nicht (auf S. 79) „als Krankheiten, die in der Form und unter dem Bilde der D. p. verlaufen können," Geschwülste der Dura, des Grosshirns und Cerebellum, Cysticercen und verschiedene Intoxicat., z. B. durch Blei, sodann Pacchymeningitis, Leptomeningitis und eine tabetische Dementia, endlich auf sympathische und reflectorische Weise wirkende organische Erkrankungen, wie Tuberculose, Nieren- und Herzaffect., besonders verzeichnet hätte. Man bekommt leicht den verkehrten Eindruck, als ob mit der Aufstellung jener Kategorien irgend ein Fortschritt zum anatom. Verständnisse der Sache gemacht sei. Die „Degenerescenz" scheint aufhellen zu sollen, weshalb in einem von hundert Fällen eine Hirngeschwulst zum Krankheitsbilde der D. p. führt. Verf. weist die nahezu allgemeine Annahme, dass die Zahl der Paralytischen im Steigen begriffen sei, auf Grund einer in Hamburg angestellten Irrenstatistik zurück; demnach wäre Hamburg eine besonders „reife" Stadt. Die Therapie anlangend, so wird nebst verständigen hygieinischen und symptomatischen Maassnahmen besonders der Anwendung des Chloral und Morphium (subcutan) das Wort geredet. Nachdem Verf. noch constatirt hat, dass fortschreitende Paralysen ohne Irresein existiren, schliesst er seine Arbeit. Ref. kann nicht umhin, dieselbe, insofern sie zur Einführung ferner stehender Kreise in das Verständniss der D. p. beizutragen geeignet ist, einer weiteren Empfehlung seitens der Fachgenossen anheim zu geben. —

Zenker.

Insanity and its treatment: Lectures on the treatment, medical and legal of insane patients by *G. Fielding Blandford.* Edinburgh 1871 pp. 435 in 8v.

Unter vorstehendem Titel gab Verf. seine am Georg's Hospital in London gehaltenen Vorlesungen in Form eines Handbuchs für Medisiner heraus, das, wenn auch wenig Neues für den Fachmann bietend, doch durch die klare, praktische und compendiöse Behandlung des Stoffes volle

Anerkennung verdient und für den Zweck, psychiatrische Kenntnisse über den Kreis der Fachgenossen hinaus im ärztlichen Publikum zu verbreiten, vorzüglich geeignet erscheint. Wir geben im Folgenden eine kurze Inhaltsübersicht:

Einleitenden anatomischen, physiologischen und psychologischen Betrachtungen sind die ersten Capitel gewidmet, auf die eine gute Darstellung der Anfangssymptome des Irreseins folgt. Ohne auf die ätiologischen Classificationsversuche der Seelenstörungen zu grossen Werth zu legen, glaubt doch Verf. folgende ätiologisch in's Gewicht fallende Symptomencomplexe namhaft machen zu müssen: 1) Irresein aus plötzlicher heftiger Gemüthserschütterung, 2) aus lange eingewirkt habendem Kummer oder geistiger Ueberanstrengung, 3) I. im Zusammenhang mit sexuellen Störungen (Pubertäts-, klimacterisches, puerperales Irresein, Nymphomanie, Irresein aus Masturbation, 4) aus Alkoholexcessen, 5) aus Abusus der Narcotica, 6) und 7) traumatisches und Insolationsirresein, 8) Dementia senilis, 9) Dem. paralytica, 10) I. auf der Höhe oder im Stad. decrementi acuter Krankheiten, 11) epileptisches Irresein, 12) I. auf gichtischer und rheumatischer Diathese; 13) auf syphilitischer Grundlage; 14) auf neurotischer Basis; 15) I. mit heerdartigen Hirnerkrankungen; 16—20) I. mit Erkrankungen vegetativer Organe. Die pathogenetische Darstellung dieser Verhältnisse ist eine möglichst befriedigende. Als nächstes Moment der Pathogenese der Seelenstörungen statuirt Verf. feinere Ernährungsstörungen des psychischen Organs durch quantitative und qualitative Blutanomalien. Eine gute Uebersicht der pathologisch-anatomischen Befunde bei acuten und chronischen Seelenstörungen, der verschiedenen Classificationsversuche der Irreseinsformen und der ätiologischen Bedingungen der Seelenstörungen, unter welchen die Heredität gebührende Beachtung findet, nebst Bemerkungen über Prophylaxis der Geisteskrankheiten, schliessen sich hier an.

In Vorlesung 7 und 8 werden die elementaren Störungen bei Geisteskranken, fast ausschliesslich aber die geistigen und sensoriellen, eingehend besprochen. Ueberwiegend in acuten Fällen findet Verf. Hallucinationen des Gesichts-, in chronischen des Gehörsinns. Bei der Analyse der krankhaften Strebungen und Triebe hält sich Verf. frei von jeglicher monomanistischer Auffassung.

Gelegentlich der nun folgenden speciellen Symptomatologie finden sich gute therapeutische Bemerkungen, richtige Würdigung der psychischen Heilmittel. Unter den medicamentösen spielt das Chloralhydrat eine Hauptrolle, daneben gute Ernährung des Gehirns durch reichliche, nährende aber nicht excitirende Kost und Getränke.

Bei den melancholischen Zuständen ist Verhütung von Selbstmord nächste Indication, dann Herstellung des Schlafs, wobei in den mehr erregten Zuständen Chloral, in den mehr deprimirten Opiate (doppeltmeconsaures Morphium) passten, ferner Beseitigung der Dyspepsie, Nahrungsverweigerung, ungenügende Ernährung und Verstopfung Die regelmässige (?) Morgen-

exacerbation bei Melancholischen sieht Verf. für eine Inanitionserscheinung an. Die melancholischen Zustände gewähren nach ihm die günstigste Prognose; er hat nach 5jähriger Dauer noch Genesungen beobachtet.

Symptomatologische Sonderstellung verdient die acute aufgeregte Form der Melancholie. Dringend nöthig ist hier die Anstalt bei der Gefährlichkeit, Geneigtheit zu Erschöpfung und Nahrungsverweigerung der Kranken. Ungesäumte Zwangsfütterung ist oft nöthig, am besten mittelst Magenpumpe. Von Medicamenten Morphiuminjectionen, Chloralklystiere. Auch warme Bäder und türkisches Bad als Beruhigungs- und Schlafmittel werden empfohlen.

Mit einer Varietät der Melancholie (m. cum stupore) wird nicht selten die acute primäre Dementia verwechselt.

Als unterscheidende Merkmale werden angegeben: die erstere findet sich selten bei jugendlichen Personen (?), die letztere nur bei jugendlichen; erstere beginnt mit melancholischen Symptomen, letztere plötzlich, nach heftiger Gemüthserschütterung, ohne Depressionserscheinungen.

Die 11. Vorl. behandelt das Delir. acutum in seiner transitorischen und subacuten Verlaufsweise. Plötzlicher Ausbruch, Remissionen, zeitweiliger Schlaf berechtigen zur Annahme einer transitorischen Verlaufsweise. Hauptindication sind Beruhigung und Schlaf (3—4 Grm. Dosen von Chloralhydrat) mit Erzielung von Schlaf sei oft der Anfall abgeschnitten. Gut sollen auch wiederholte Einpackungen in nasse Tücher als schweisstreibendes und schlafmachendes Mittel wirken. Bei protrahirtem Verlauf ist hauptsächlich einem durch Schlaflosigkeit, excessive Bewegung und mangelhafte Ernährung drohenden Collapsus zu begegnen. Auch hier sei Chloralhydrat am Platz, Opium schädlich, subcutane Morphiumbehandlung nur von temporärem Erfolg und schliesslich Collapsus erzeugend. Die Wirkung des Chloralh. unterstützen laue Bäder (1/2 h) mit Eisumschlägen. Blutentziehungen zu widerrathen. Ausgang ist Tod (1 auf 3—4 Pat.) oder Genesung. Diese wird durch Schlaf eingeleitet. Die Reconvalescenz ist oft sehr protrahirt durch grosse Prostration und Hirnerschöpfung (Dementia). Bei tödtlichem Ausgang kommt es zu Erschöpfung und Coma durch seröse Exsudation in der Schädelhöhle.

Möglichkeit einer Verwechslung des Delir. acut. mit Rausch, Delirium tremens, Fieberdelirium, Meningitis.

Kürzere Betrachtung finden die Zustände gewöhnlicher Mania. Die Prognose sei hier günstiger bei Männern als Frauen (?), bei jugendlichen Individuen und nicht fixirten Wahnvorstellungen.

Vorl. 13 und 14 geben eine gute Darstellung unserer Kenntnisse über Dementia paralytica. Bei den Aufregungszuständen der Paralytiker sei Digitalis das Beste, sonst roborirende Nahrung, Eisen und China.

Verf. glaubt nicht an Heilbarkeit; ein Hauptgewicht legt er ätiologisch auf sexuelle Excesse.

Vorl. 15 und 16 behandeln gerichtlich wichtige Irreseinszustände

(moralisches, emotives, impulsives Irresein) bei welchen eigentliche Wahnvorstellungen fehlen.

Guter Nachweis, dass Wahnideen zum Begriff Geisteskrankheit nicht nothwendig, das Unterscheidungsvermögen Unzurechnungsfähigkeit nicht ausschliesst. Das moralische Irresein ist keine eigene Form. Fehlen des moralischen Sinns macht nicht das charakteristische dieses Zustandes aus, Immoralität entsteht nicht blos auf psychopathologischem Boden. In den Prichardschen Fällen ist immer zugleich die Intelligenz geschädigt, auch finden sich anderweitige Gemüthsstörungen. Auch bei dem sogen. Handlungs- oder impulsiven Irresein finden sich neben den impulsiven Akten noch andere psychische Störungen. Aus der isolirten Betrachtung der unvernünftigen Handlung, die nur Einzelsymptom, darf nicht die Diagnose des Gesammtzustandes gemacht werden. Eine psychologische Zurückführung dieser krankhaften Impulse auf Gemüthsanomalien und formale Störungen des Vorstellens vermissen wir leider. Mit Recht sucht Verf. das Unerklärliche solcher impulsiver Störungen in ungenauer Beobachtung, die frühere Anfälle von Irresein, Epilepsie und andere Neurosen, sonderbare Aenderungen des ganzen Wesens, verkappte Wahnideen und Gehörshallucinationen übersehe. Auch die congenitale Geistesschwäche, namentlich wenn sie mit perversen Neigungen complicirt ist, rechnet Verf. mit Recht zu den forensisch schwierigen Fällen. Solche Menschen imponiren als verbrecherische, lasterhafte Menschen und bei oberflächlicher Betrachtung zeigt sich nicht ihre geistige Insufficienz. Dennoch sind sie kindisch in ihrem Denken und Thun, ungelehrig, von engem geistigem Horizont, häufig organisch zu schlimmen Neigungen disponirt, aller ästhetischen Gefühle und moralischen Urtheile baar. In der Regel sind sie hereditär disponirt und degenerative Typen.

Der erworbene Schwachsinn aus Hirnkrankheit oder seniler Involution ist leichter zu beurtheilen Charakteristisch hier Verlust des Gedächtnisses für die Jüngstvergangenheit. Die Dispositionsfähigkeit kommt hier vielfach in Frage.

Die Ausgänge und der Verlauf der Seelenstörungen (periodische Fälle, lucida intervalla), die Todesursachen und accidentellen Krankheiten bei Irren finden eingehende Besprechung.

Vorl. 18 giebt allgemeine Grundzüge der Irrenbehandlung, Darstellung der Asyle, der Anforderungen an ein solches, Bezeichnung der Zustände, die eine Asylbehandlung nöthig haben, Grundzüge der psychischen Behandlung Irrer.

Den Schluss des Buchs bilden gute Bemerkungen über simulirtes Irresein und dessen Ermittelung, ferner eine populäre Darlegung und Erläuterung der englischen Irrengesetzgebung.

Dr. v. *Krafft-Ebing*.

Kleinere Mittheilungen.

Erwiderung.

In dem Januarhefte der Annal. méd. psych. d. J. erzeigt mir Herr Dr. *Hildenbrand* an zwei verschiedenen Stellen die Ehre, meiner Thätigkeit in Stephansfeld Erwähnung zu thun, und zwar beide Male in einer Weise, die in Wirklichkeit wenig ehrenvoll für mich wäre, wenn sie eben auf Wahrheit beruhte.

Zuerst bemerkt er gelegentlich der Besprechung eines *Hagen*'schen Aufsatzes (p. 143), dass es einer der ersten Akte der neuen deutschen Verwaltung in St. gewesen sei, einen Theil der Archive dieser alten Anstalt zu verbrennen, und den anderen an einen Trödler zu verkaufen.

Und dann wird in einer zweiten Notiz, welche das Irrenwesen in Elsass-Lothringen behandelt, (p. 156) hinzugefügt, — und ich nehme an, dass es dieselbe Feder gewesen, welche auch dies geschrieben hat —, „dass der neue Director, der Dr. *Pelman* alle Archive der Anstalt verkaufen oder verbrennen liess. Glaubt er denn, so fährt er fort, durch diesen Akt der Rohheit auch alle die Dienste der Vergessenheit überliefern zu können, welche der Anstalt seit ihrer Gründung im Jahre 1835 durch die ausgezeichneten Männer erwiesen wurden, die als Directoren oder Aerzte an ihr thätig waren?"

In der That eine erhabene Frase der sittlichen Entrüstung, nur Schade, dass sie nicht ganz am richtigen Platze ist, denn das Factum, auf welches sie sich stützt, ist einfach nicht wahr, ja noch mehr, es ist wissentlich unwahr, also erlogen.

Nicht von Herrn Dr. *H.*, von dem ich wohl annehmen darf, dass er im guten Glauben handelte, als er das einfach nachschrieb, was ihm von hier aus gemeldet wurde, seine Quellen aber waren trübe und haben wider besseres Wissen auf Kosten des verhassten Eindringlings die Wahrheit etwas corrigirt. Wohl aber ist es Unrecht von Herrn Dr. *H.*, einen Collegen, der ihm nichts zu Leide gethan hat, als dass er zufällig deutscher Nationalität und sein Nachfolger ist, der Rohheit zu beschuldigen und das auf eine Annahme hin, von deren Unwahrscheinlichkeit ihn ein wenig Nachdenken und etwas mehr Unbefangenheit hätte überzeugen müssen.

Denn wem that ich den grössten Schaden, wenn ich die Archive wirklich zerstörte, wenn nicht mir selber, der ich es noch tagtäglich schmerzlich empfinden muss, dass die „ausgezeichneten Männer“, welche in der letzten Zeit in der Anstalt als Aerzte thätig waren, gar so wenig schriftliche Spuren ihrer Thätigkeit hinterlassen haben.

Doch dies nur beiläufig.

Was nun die inkriminirte Handlung selber betrifft, so betrachte ich die Beschuldigung des Verbrennens als eine rein redactionelle Ausschmückung, die einem gewissen Sensations-Bedürfniss genügen und die eigentliche That in grelleres Licht stellen soll. Denn verbrannt ist thatsächlich nichts worden, wohl aber verkauft, auch den Trödler will ich gelten lassen, läugne aber die Archive, somit das Ganze wie jeden Theil derselben.

Was ich verkauft habe war reine Makulatur, die in grossen Stössen überall aufgehäuft, den Platz wegnahm und eine Uebersicht des wirklich brauchbaren Materials unmöglich machte.

Es waren die Duplikate aller Rechnungen, die man seit 35 Jahren sorgfältig gesammelt und aufbewahrt hatte, es waren die Protokolle der früheren Submissionen, die Abrechnungen mit Gemeinden und Familien, vor allem aber eine Unzahl verjährter Kassenbücher, und wenn ich hier bemerke, dass es der Rendant selber war, der sie aussonderte, so wird man mich doch nicht wohl beschuldigen können seine „Verdienste um die Anstalt durch diesen Akt der Rohheit vernichten zu wollen.“ Auf diesen Mann, Herrn *Jossier*, einen guten und loyalen Franzosen, berufe ich mich, ob auch nur ein Aktenstück, welches ärztliche oder wirkliche Verwaltungssachen betraf, durch meine Schuld verloren gegangen, und da er seine Stellung in Folge der neuen Verwaltung eingebüsst hat, so wird man ihn gewiss keiner Parteilichkeit für mich bezichten können [1].

Dies also ist mein Verbrechen, aus dem Herr Dr. *H.* Kapital zu schlagen versucht, und das ist was er toutes les archives de Stephansfeld nennt.

Was ich unter den Archiven von St. verstehe hat dagegen unter meiner Direction nicht gelitten, wohl aber darf ich mit dem ganzen Bewusstsein, zu welchem uns angestrengte und mühevolle Arbeit berechtigt, behaupten, dass der administrative Theil derselben etwas geordneter und der ärztliche bei weitem vollständiger ist, als wie ich sie überkommen habe.

Stephansfeld im Februar 1872. *Pelman.*

---

[1]) Herr *Jossier* schreibt mir unter dem 17. Febr. von Paris: Der Urheber dieser Anklage wusste wahrscheinlich nicht, dass die früheren Directoren seit dem Bestehen des Asyles in den Archiven alle Kassenbücher und eine enorme Masse alten Papiers aufbewahrt hatten, die völlig überflüssig nur Ihre Bureaus anfüllten. Es hatte demnach kein Bedenken sie zu zerreissen oder zum Vortheil der Anstalt zu verkaufen, wie es bei den verschiedenen Verwaltungen zu geschehen pflegt und wie Sie es gethan haben.

Flemming's Jubiläum.

Die Feier der auf den 15. Dezember 1871 fallenden 50jährigen Doctor-Promotion *Flemming's* war von zwei Seiten her mit gleichem Eifer und gleicher Liebe in Angriff genommen worden. Die Schweriner Aerzte verehrten an *Flemming* nicht nur sein reiches Wissen und seine ächte Collegialität, sondern auch seinen stets bereiten Willen und seine Kraft allgemeinen ärztlichen Zwecken zu dienen. War er doch der geistige Urheber und emsige Förderer der als „*Hennemann*'sche Stiftung" in Schwerin bestehenden ärztlichen Bibliothek, leider zur Zeit das einzige Zeichen gemeinsamer Bestrebungen unter den hiesigen Aerzten. Diese erfassten daher mit Freuden die Gelegenheit dem hochgeschätzten Jubilar ihre Anerkennung zu bezeugen, und ihren eindringlichen Vorstellungen ist es zu danken, dass der Gefeierte seinem Plane sich allen äusserlichen Zeichen der Theilnahme zu entziehen wieder untreu wurde. — Auf der anderen Seite fühlten die deutschen Irrenärzte eine besondere Veranlassung diesen Tag zu einer Huldigung zu benutzen, und sie vereinigten sich zur Ueberreichung eines photographischen Albums, welches in dem Umfang, den es gewonnen hat, ein ziemlich erschöpfendes Abbild der deutschen Psychiatrie in ihrer gegenwärtigen Vertretung zu gewähren im Stande ist. Es wird Alle, welche dem Aufruf des Vorstandes des Vereins der Irrenärzte so bereitwillig Folge gaben, interessiren einen Einblick zu thun in die ebenso sinnvoll erdachte wie geschmackvoll ausgeführte Gabe. Das Album, in Folio-Format, in Juchten gebunden, mit einfachem Silberbeschlag, enthält auf der Vorderseite auf ovaler silberner Platte die Worte eingravirt: „Herrn Dr. *Carl Friedrich Flemming* zur Erinnerung an den 15. December 1871 gewidmet von den Collegen" Die obere Hälfte des ersten Blattes füllt eine Aquarell-Zeichnung des Sachsenberges von der Seeseite her aufgenommen, die untere links die Photographie des Jubilars, rechts daneben folgendes Gedicht:

Um Verdienste zu belohnen
Hat Wissenschaft nicht Gold noch Kronen;
Doch die mit Dir in gleichem Streben
Der Förderung des Wissens leben,
Die stets in Deiner Worte Lehren
Den Irrenfreund, den Denker ehren,
Sie reichen heute Dir den Preis,
Zum Jubelheft das Lorbeerreis.
Wo Händedruck und Worte fehlen
Giebt lautlos Dir des Lichtes Bild
Den vollen Ausdruck unsrer Seelen
Und sagt, dass es der Freundschaft gilt.
Den alten Meister zu begrüssen
Naht bildlich der Collegen Schaar
Und legt den wärmsten Dank zu Füssen
Dem werthen Freund und Jubilar. —

Es folgen nun zunächst einige berühmte Verstorbene, welche mit ihrem Wirken mehr oder weniger in den Lebensgang unseres *Flemming* hineingriffen: *Horn*, *Jacobi*, *Nasse* sen , *Pienitz*, *Ideler*, dann von unseren Veteranen abwärts in langer Reihe, je zwei auf einer Seite, 130 Porträts mit daneben stehender biographischer Notiz und Autograph. Auch für Nachzügler ist in dieser Gallerie psychiatrischer Zeitgenossen noch Platz.

Ehe indessen der zeitige Secretair unseres Vereins der persönliche Ueberbringer dieses Geschenks sein konnte, hatten schon am frühen Morgen Begrüssungen und Gratulationen in der mannichfachsten Weise stattgefunden, und von allen Seiten liefen zu Ehren des Jubilars Schriftstücke ein. Während der Grossherzog der Verdienste des Mannes, der die Landesanstalt begründet und zu so reicher Blüthe entwickelt hatte, durch Verleihung des Komthurkreuzes des Hausordens der wendischen Krone gedachte, hatte man sich in Preussen seines guten Rathes bei mancher Frage des Anstaltswesens erinnert, und Bismarck schickte mit warmen Worten den rothen Adlerorden.

Von den eingegangenen Gedenktafeln sind Meisterstücke kalligraphischer Kunst, aus der Hand E. Schütze's hervorgegangen, die der medicinisch-psychologischen Gesellschaft zu Berlin und die des deutschen Vereins der Irrenärzte. Des letzteren Gratulationsblatt enthält in Arabeskenform eingestreut die wichtigsten Stationen aus dem Leben des Gefeierten: Das Geburtshaus in Jüterbock, die Meissner Fürstenschule, die Berliner Universität, den Sonnenstein bei Pirna, den Sachsenberg und als Schlussstein das jetzige Wohnhaus. Auch in Jüterbock hatte man *Flemming*'s nicht vergessen und sandte ihm glückwünschend durch den Physikus Dr. *Krebs* eine Ansicht des Geburtshauses und der Geburtsstadt. Auf der geschmackvollen Zuschrift des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz prangt die alte Veste Siegburg und zum Strome herab grüsst der Drachenfels.

Der psychiatrische Verein in Berlin und der Verein der schweizerischen Irrenärzte überreichten dem Ehrenmitglied die Diplome ihrer Gesellschaften. Ausserdem waren von der *Hufeland*'schen Gesellschaft in Berlin, von dem Hülfsverein für genesende Gemüthskranke in St. Gallen, von den Aerzten Güstrows und von wie vielen einzelnen Freunden und Verehrern! aus allen Theilen Deutschlands, von Süd und Nord, aus Russland und Norwegen Glückwunschschreiben eingelaufen Indem so Post und Telegraphenamt unseren Jubilar mit Zuschriften überschütteten, trafen mehrere Deputationen ein, um persönlich ihre Wünsche darzubringen. Die medicinische Fakultät zu Rostock hatte die Professoren *Ackermann*, *Aubert*, *Winkel* und *Zehender* entsendet, um eine von einem Eichen- und Lorbeerkranz umgebene Votivtafel zu überreichen. In der Anrede an den Jubilar berührte *Ackermann* die erste Thesis, welche *Flemming* einst vor 50 Jahren vertheidigt hatte: Diffidentia quam maxime opus est in medicina, und betonte, dass dieser Satz, welcher der unabhängigen Kritik eine so hohe Bedeutung beilege, zugleich ein Zeugniss abgebe für die Charakterfestigkeit des Mannes, der alle Klippen philosophischer Systeme glücklich vermeidend, unermüdlich

selbst geprüft und beobachtet habe. Eine andere Votivtafel, dem treuen und ehrenfesten Bürger geltend, wurde mit einer Ansprache des Bürgermeisters Westphal von einer Deputation des Schweriner Magistrats dem Gefeierten übergeben.

Von den zur Feier des Tages mit *Flemming's* Namen geschmückten Schriften nenne ich den als „Beiträge zur Psychiatrie“ erschienenen Band unserer Zeitschrift, von *Jessen* sen. „Physiologie des menschlichen Denkens“, vom Obermedicinalrath Dr. *Mettenheimer* „Beobachtungen über die typhoiden Erkrankungen der französichen Kriegsgefangenen in Schwerin“, sodann das Jubelheft des „Irrenfreundes“, endlich von Professor *Krüger* „Beiträge zur Geschichte und Statistik der Irrenpflege im Herzogthum Braunschweig.“

Bei Beginn des Festmahls, das die Aerzte Schwerins veranstaltet hatten, überreichten diese dem Jubilar als Ehrengabe eine in Berlin gegossene 2 Fuss hohe Bronce Statue des Aeskulap, deren Vorderseite am Sockel die Dedication, deren Rückseite eben daselbst folgende Distichen trägt:

En Epidaurius ipse salutaturus amicum
Coelo missus adest omnia fausta ferens.
Nam medicus sapiens par divis Par pare gaudens
Discipuli festo gestit adesse Deus.

In der That beherrschte eine freundliche Gottheit den Verlauf dieses Festes. *Flemming*, noch vor einigen Wochen etwas kränkelnd, erschien dabei körperlich rüstig und geistig frisch wie je, getragen von der ungekünstelten warmen Theilnahme seiner Collegen. In seiner Erwiederung auf die verschiedenen Ansprachen gedachte er der Entwicklung, welche die Medicin seit seiner Jugend genommen, der mannichfaltigen Phasen, welche sie seit Beginn seines ärztlichen Wirkens durchschritten, und wie oft diese oder jene Schule den Tempel der Gewissheit zu erschliessen geglaubt habe. Solche Rückblicke sind in mancher Beziehung lehrreich, besonders wenn sie von einem Manne ausgehen, der sein Leben lang in ebenso tüchtiger wie anspruchsloser Weise am Bau der Wissenschaft geholfen hat. Ist es ihm doch gelungen, ohne nach grossen und brillanten Erfolgen lüstern zu sein, in gediegener und ehrlicher Arbeit sich seine Bahn zu brechen, anerkannt von den Besten, kaum berührt vom Hauche des Neides und der Intrigue, geliebt von Allen, die ihm näher stehen. Solcher Gesinnungen und Empfindungen Ausdruck war das schöne Fest des 15. December. Möge es dem Jubilar noch oft vergönnt sein bei Wiederkehr dieses Tages sich seiner freudig zu erinnern! *Reimer.*

Dank.

An dem Gedenktage meiner vor funfzig Jahren erlangten Promotion zu den höchsten Ehren in der Medicin bin ich durch so zahlreiche, ehrende und wohlthuende Beweise der Theilnahme und des Wohlwollens von Seiten

meiner verehrten Collegen, der Mitglieder des Vereins deutscher Irrenärzte, erfreut worden, dass es mir unmöglich sein wird, allen werthen Freunden meine frohen und dankbaren Empfindungen besonders kund zu geben. Deshalb bitte ich dieselben, in diesen durch das Organ unserer Zeitschrift verbreiteten Zeilen den Ausdruck meines herzlichen Dankes entgegennehmen zu wollen, zugleich mit der Versicherung, dass die mir noch übrigen Tage unserem gemeinsamen Zwecke, den Aufgaben unserer Wissenschaft gerecht zu werden, mit redlichem Eifer gewidmet sein sollen.

Schwerin, den 30. December 1871. *Flemming*, G.-M.-R.

Nekrolog.

Medicinalrath Dr. *Carl Grüser*, Director der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg, ist am 26. November 1871 seinem entsetzlichen Leiden erlegen.

Die ihn treu und mit einer Aufopferung ohne Gleichen gepflegt — seine Frau und Schwägerin, sowie der zweite Arzt, Dr. *Heuser*, — standen auch an seinem Sterbebette.

So schmerzlich für uns Alle, die ihn gekannt und geliebt haben, sein Verlust ist, so war es uns doch tröstlich zu vernehmen, dass die Neubildung im Rachen nicht zu einem vollständigen Verschlusse führte, wie wir gefürchtet hatten; auch war sein Ende ein leichtes; die Neubildung verjauchte sehr stark und die Blutvergiftung und mangelhafte Ernährung machten so rasche Fortschritte, dass bald Entkräftung eintrat und der Tod in einem Ohnmachtanfall erfolgte.

Seine Beerdigung fand in Erbach im Rheingau statt und seine Kranken sangen: „Im Grabe ist Ruhe".

Grüser ist am 15. April 1819 geboren. Von vortrefflichen Aeltern geleitet, erhielt er, wie alle seine sehr begabten Geschwister, eine ausgezeichnete Erziehung. Er besuchte das Pädagogium zu Hademar und das Gymnasium zu Weilburg; erst 18 Jahre alt bezog er die Universität Göttingen, woselbst er von 1837—1841 verblieb und auch sein Doctorexamen machte. Nach einer Reise durch Norddeutschland und einem längeren Aufenthalt in Berlin kehrte er nach Hause zurück und bestand 1842 sein Staatsexamen.

Noch in demselben Jahre wurde er Medicinalaccessist [1]) im Camp bei Boppard. Von 1843—1846 diente er in gleicher Eigenschaft in Hachenberg; seine riesige Gesundheit liess ihn alle die Strapazen dieses nassauischen Sibiriens ungefährdet ertragen.

Ende 1846 wurde er mit dem jetzigen Herrn Medicinalrath Dr. *Snell* in Hildesheim von der Regierung beauftragt, in der damaligen Landesirren-

---

[1]) Im Nassauischen wurden die Aerzte als Staatsdiener behandelt. Die erste Stufe dieser ärztlichen Hierarchie war der Accessist, die zweite der Assistent, die dritte der Medicinalrath.

anstalt Eberbach im Rheingau und auf Reisen Studien in der Psychiatrie zu machen.

Mit diesem Beschlusse der Regierung trat ein Wendepunkt im nassauischen Irrenwesen ein, indem damit zugleich präjudicirt wurde, dass der Director der neuen Anstalt Eichberg ein Arzt sein müsse, während Eberbach bisher von einem allerdings sehr verdienstvollen Verwaltungsbeamten *Lindpaintner* dirigirt wurde und Dr. *Basting* in untergeordneter Stellung den ärztlichen Dienst besorgte. Eberbach, das bisher Corrections- und Irrenanstalt zugleich war, sollte mit Eröffnung von Eichberg eine reine Strafanstalt bleiben.

Der Aufenthalt in Eberbach und in den bedeutendsten Anstalten Deutschlands dauerte 13 Monate, während welcher Zeit er mit allem Eifer den psychiatrischen Studien oblag.

Dr. *Snell* wurde darauf Director und *Gräser* Assistent in Montabaur (1847). Hier wurde er bald ein allgemein beliebter Arzt; trotz den Mühseligkeiten einer ausgedehnten Privatpraxis suchte er sich stets auf der Höhe der Wissenschaft zu erhalten.

Ganz besonders regten ihn die pathologisch-anatomischen Studien an, mit Vorliebe aber setzte er die psychiatrischen Studien fort. Jeden psychiatrischen Fall verwerthete er mit der grössten Sorgfalt. Die Krankengeschichten, die *Gräser* von Montabaur nach dem Eichberg schickte, sind wohl die besten, die jemals dort anlangten.

Am 7. Januar 1851 verheirathete er sich und lebte in der glücklichsten Ehe; leider starben seine zwei Kinder frühzeitig und liessen im Herzen des so gefühlvollen Mannes eine Wunde zurück, die nie ganz vernarbte.

Als *Snell* 1856 nach Hildesheim berufen wurde, trat *Gräser* an seine Stelle als Director der Anstalt Eichberg. So schwierig seine Stellung einem so bedeutenden Vorgänger gegenüber war, so gelang es doch seiner unermüdlichen Thätigkeit die Anstalt wissenschaftlich und administrativ auf gleicher Höhe zu erhalten, und das Vertrauen seiner Oberbehörde, sowie des Landes in hohem Maasse zu erwerben.

Gräser's Geistesrichtung hatte eine wesentlich praktische Färbung; diese trat auch in seiner Anstaltsthätigkeit zu Tag. Obschon er jede wissenschaftliche Regung bei seinem Assistenten zu fördern suchte durch Wort und That, so stellte er doch immer als Hauptpflicht des Arztes hin, die Kranken gut zu behandeln und zu pflegen.

So wurden denn auch unter seiner Direction alle neueren wissenschaftlichen Studien mit Eifer betrieben; dass nicht mehr von Eichberg publicirt wurde, mag allerdings etwas in *Gräser*'s Verschulden gelegen haben. Er war sehr streng in den wissenschaftlichen Anforderungen und mit einem beissenden Sarkasmus verfolgte er die Vielschreiber.

Auf Veranlassung seines ihm befreundeten Chefs, des Herrn Ober-Medicinalraths *von Franque* schrieb er 1859 eine Statistik des Eichberg, die nach dem damaligen Standpunkt der Wissenschaft als mustergültig betrachtet werden muss. Ueberhaupt war er ein Meister in schriftlicher Darstellung, jeder Brief von ihm giebt davon Zeugniss.

Unter *Gräser's* Leitung wurden wesentliche Veränderungen in der Anstalt vorgenommen, die sich sehr bewährt und wenigstens einigermaassen dem Platzmangel gesteuert haben. Das Irrenhausbauwesen war sein Lieblingsstudium. Freilich wurde er durch den Raummangel der nur für 200 Kranke bestimmten Anstalt, die nachgerade 300 Kranke aufnehmen sollte, gezwungen sich mit diesen Fragen zu beschäftigen.

Als nun im Jahr 1866 mit dem bisherigen Herzogthum Nassau noch der hessische Kreis Biedenkopf und Hessen und Homburg zum R. B. Wiesbaden vereinigt und deren Kranke der Anstalt Eichberg zugewiesen wurden, da musste dieselbe auf nicht zu verantwortende Weise überfüllt werden.

Dass auch bis zum Tode *Gräser's* nicht das Mindeste geschah zur Abhülfe dieser schreienden Uebelstände, lag in den Dissonanzen der Stände mit der Regierung, die sich jetzt auszugleichen scheinen und damit werden auch dem Irrenwesen des Reg.-Bezirks Wiesbaden bessere Tage bereitet werden.

Diese Verhältnisse verbitterten unserem Freunde die letzten Jahre seines Lebens um so mehr, als er schon gegen das Jahr 1867 leichtere Epithelialwucherungen im Munde bemerkte, es aber verschwieg und dadurch zu Verstimmungen sehr disponirt wurde.

Die furchtbare Kette seiner Leiden mit der fruchtlosen schmerzhaften Operation durch Prof. *Roser* in Marburg ertrug er mit stoischer Geduld; sein wahrhaft männliches Dulden erregte die Bewunderung von Jedermann.

So strenge Anforderungen *Gräser* an sich in wissenschaftlicher und moralischer Beziehung stellte, so hingebend und zuverlässig war er als Freund. Durch seine Liebenswürdigkeit gewann er Aller Herzen. Mit grossem Takt trat er besonders seinen Beamten gegenüber, jede Meinung konnte zur Geltung gelangen, er betrachtete sich nur als primus inter pares. Diese glückliche Geistesrichtung kam natürlich zunächst seinen Kranken zu Gute, deren Liebe und Zutrauen er sich stets zu sichern wusste.

Und nun, mein theurer Freund, lebe wohl auf ewig, wie Du mir bei meinem letzten Besuche zuriefst mit mehr Fassung als ich besass; mir wirst Du stets als Vorbild eines ächten Mannes — in ernster Arbeit, in Freud und Leid — vorschweben. *Cr.*

Letztes Wort.

Das letzte Aktenstück in den Verhandlungen über die Einrichtung der Statistik der preussischen Irrenanstalten: Noch einige Bemerkungen über die Zählblättchen und ihre Benutzung bei der Irrenstatistik, von Dr. *W. Sander* (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin) nöthigt mir die Erklärung ab, dass ich von einer Fortsetzung der Fehde Abstand nehme, weil es zur Sache nichts Neues enthält und mich nur überzeugt, dass ich

jetzt die Hoffnung aufgeben muss, meinen Gegner für die Aufklärung der Missverständnisse, denen er stets verfällt, und für die ihm entgegengebrachten Gründe zugänglich zu finden.

Den Lesern dieser Zeitschrift gegenüber, zugleich mit Rücksicht auf den Schlusssatz der jüngsten „Bemerkungen etc." des Herrn Dr. *Sander* glaube ich eine kurze thatsächliche Darstellung über die Entstehung der angefochtenen Zählblättchen und Tabellen, so wie über das sich hieran anschliessende weitere Vorgehen geben zu sollen.

Gleich nach dem Erscheinen der *Lunier*'schen Vorschläge, Anfang 1869 traf der Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte Einleitungen zur Ueberarbeitung derselben, als deren Resultate u. A eine nicht in die Oeffentlichkeit gelangte Kritik so wie die in meiner vorigen Arbeit mitgetheilten Tabellen-Formulare und Zählblättchen hervortraten. Da das Ziel eine übereinstimmende Statistik der deutschen Irrenanstalten auf einer von allen Betheiligten zugestandenen Grundlage war, so lag durch die einige Wochen vor jener Tabellen-Festsetzung erfolgte Veröffentlichung der Vorschläge der Berl. med. psych. Gesellschaft für die preussischen Irrenanstalten an das Ministerium die Veranlassung und Nothwendigkeit vor, diese gleichzeitig einer Kritik zu unterziehen. In Folge des Krieges 1870—71 ist die Absicht, die Sache seiner Zeit dem Verein vorzulegen, misslungen und jene Kritik vor der Beschlussfassung resp. Berathung durch den Verein in die Oeffentlichkeit gekommen. Das Nichtzustandekommen der Versammlung in Rostock hat endlich auch im vorigen Jahre die beabsichtigte Vorlage an den Verein noch vereitelt. An der Absicht wird aber festgehalten, da der Gegenstand zu wichtig ist, um nicht der Reife erst allmählich durch wiederholte Prüfung und Besprechung im grösseren Kreise der Fachgenossen entgegengeführt zu werden.

Marsberg, den 10. März 1872. Dr. *Tigges*.

Einladung.

Der Verein deutscher Irrenärzte wird seine diesjährige statutenmässige General-Versammlung im Anschluss an die 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Leipzig, welche vom 12. bis 17. August tagen wird, abhalten, und zwar an einem der ersten am Orte der Versammlung zu bestimmenden und bei Einführung der Section für Psychiatrie kund zu gebenden Tage der Versammlungs-Woche, und es werden die Mitglieder des Vereins zur Theilnahme an dieser General-Versammlung eingeladen.

Die Tagesordnung für die Verhandlungen ist aus dem nachfolgenden vorläufigen Programm zu ersehen.

Die Mitglieder des Vereins werden ihren Vereinigungspunkt in dem „Hotel de Prusse" zu Leipzig finden. Zu etwa gewünschter Bestellung

von Wohnungen in diesem Hotel hat sich Herr Dr. *Güntz*, Director des Asyl Thonberg bei Leipzig, bei zeitiger Aufgabe solcher Wünsche, freundlichst erboten.

Der Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte.

Schweizerhof, den 1. Juni 1872.

Im Auftrage:
Dr. *Laehr*,
als ständiger Secretair.

Vorläufiges Programm

der General-Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Leipzig, im August 1872, im Local der psychiatrischen Section der Naturforscher-Versammlung.

Vor der Tagesordnung: Wahl zweier Schriftführer.

1) Wahl zweier Mitglieder des Vorstandes zum Ersatz der statutengemäss austretenden: Professor *Jessen* und Hofrath *von Solbrig*.

2) Bericht des Vorstandes über dessen Verhandlungen mit dem General-Inspector der französischen Irrenanstalten Dr. *Lunier* zu Paris, betreffend dessen projet statistique etc.

3) Bericht desselben über die in Folge des Beschlusses der General-Versammlung zu Innsbruck geführten Verhandlungen in Betreff des Strafgesetzbuchs für den Norddeutschen Bund.

4) Bericht desselben über die weiteren Verhandlungen mit den deutschen Lebensversicherungs-Anstalten.

5) Antrag *Flemming*, betreffend einen den sub 4 gedachten Anstalten vorzuschlagenden Compromiss-Vorschlag.

6) Antrag *Tigges* über die zweckmässigste Einrichtung der allgemeinen Statistik der Irrenanstalten.

7) Antrag *Koster* und *Tigges*: es möge der Verein bei dem Königl. Preuss. Kriegsministerium dafür wirken, dass gewissen Uebelständen betreffend die geisteskranken Militärs begegnet werde.

8) Antrag *Laehr*: betreffend die Beziehungen der Irrenanstalten zum Gewerbe-Gesetz des Norddeutschen Bundes.

9) Antrag *Nasse*: betreffend Petition des Vereins bei dem deutschen Reichskanzleramte wegen Vertretung der Psychiatrie, in specie der Irrenanstalten, in dem vernehmentlich zu schaffenden Reichs-Central-Organ für die öffentliche Gesundheitspflege.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Zinn*, Director der Irrenanstalt zu St. Pirminsberg ist als Director an die Prov.-Irrenanstalt nach Neustadt-Eberswalde,

Dr. *von Krafft-Ebing* in Baden als Prof. extraord. der Psychiatrie an die Universität zu Strassburg berufen.

Dr. *von Solbrig*, Hofrath, Professor und Director der Kreisirrenanstalt zu München hat den preuss. Kronenorden 4. Kl. und den Russischen St. Annenorden 2. Kl.,

Dr. *Martini*, Geheimer Sanitätsrath und Director der Schlesischen Irrenheilanstalt zu Leubus den Kronenorden II. Kl.

Dr. *Steinthal*, Geh.-Sanitätsrath zu Berlin den Rothen Adler 3. Klasse,

Dr. *Reumont*, Sanitätsrath und Badearzt zu Aachen das Ritterkreuz I. Kl. des Herz. sachsen-ernestinischen Hausordens,

Dr. *Jung*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Leubus und

Dr. *Schroeter*, 2. Arzt des Asyles Schweizerhof das „eiserne Kreuz" erhalten.

Dr. *Hauptmann*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Sorau ist zum Physikus des Kreises Rosenberg,

Dr. *Alter*, Assist.-Arzt der Irrenheilanstalt zu Leubus ist zum dirig. Arzt der Prov.-Irren-Pflegeanstalt zu Brieg,

Dr. *Holler*, Sekundararzt an der Irrenanstalt zu Kloster-Neuburg ist zum Primararzt an der Anstalt zu Ybbs ernannt worden.

Dr. *G. E. Schneevogt*, Professor der Psychiatrie, 1869—71 1. Arzt der Irrenabtheilung, dann Generalinspector sämmtlicher holländischen Irrenanstalten, starb am 17. August 1871 auf seinem Landgute Heyenvort bei Amsterdam, 56 Jahr alt, an Lungenemphysem.

Dr. *Aug. Krüger*, Professor und früherer dirigirender Arzt des Alexei-Irrenhauses zu Braunschweig ist, 49 Jahr alt, am 3. Febr. 1872 an einem sehr acut aufgetretenen Nervenfieber

Dr. *August von Solbrig*, k. b. Hofrath, o. ö. Professor der Psychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität, Vorstand und Oberarzt der oberbayrischen Kreis-Irrenanstalt, Mitglied des Vorstandes des Vereins der deutschen Irrenärzte, ist am 31. Mai 1872, 63 Jahre alt, an Lungenentzündung,

Dr. *Franz Ritter de Dreer* zu Thurnbub, Primararzt der Landesirrenanstalt für Triest und das Küstenland am 9. Juni 1872, 60 Jahr alt, nach kurzer Krankheit gestorben.

Das Vorkommen von Körnchenzellen im Rückenmark und dessen klinische Bedeutung.

Von

Dr. Tigges,
2. Arzte des St. Johannes-Hospitals zu Marsberg.

Körnchenzellen im Rückenmark, abgesehen von der fötalen etc. Entwicklung, kommen entweder bei anderen hinreichend characterisirten Krankheitszuständen (graue Degeneration der Hinterstränge, inselförmige Sklerose) oder ohne solche vor. Im letztern Falle fehlen bisher die maassgebenden Untersuchungen, in welchem Verhältniss andere, oft zugleich sich findende mikroskopische Befunde, Verbreiterung der bindegewebigen Septa zwischen den Nervenfasern, Kernvermehrung, Veränderungen an den Gefässen etc. zu dem Vorkommen von Körnchenzellen stehen — wenigstens sind die Annahmen noch nicht allgemein übereinstimmend — so dass eine Scheidung in dieser Hinsicht nicht möglich ist. Der Verlauf, den die Ansichten über das Vorkommen dieser, mehr selbstständig, für sich betrachteten Körnchenzellen-Entwicklung in den letzten Jahren gehabt haben, ist folgender. Körnchenzellen im Rückenmark kommen vor:

1) nach *Türk* secundär nach Krankheitsheerden an gewissen Stellen des Gehirns und nach Erkrankungen (Compression etc.) des Rückenmarks. Nach *Bouchard* (Arch. génér. 1866 nach *Schmidts* Jahrbüchern) gebührt die Entdeckung der absteigenden Degeneration *Cruveilhier*, so wie der 1. Fall absteigender Atrophie (Beides nach Gehirnerkrankung) sich im Sepulchretum finde. Die neuere und neueste Zeit hat weitere Beiträge für

die secundäre Degeneration gebracht, wovon hier zu erwähnen *Westphal* (Eigenthümliches Verhalten secundärer Degeneration des Rückenmarks, Archiv f. Nkhtn. II. S. 374, ferner S. 415). Auch ein Theil der Rückenmarks-Befunde *Leydens* bei fortschreitender Bulbär-Paralyse, Archiv f. Nkhtn. II. S. 643 bes. in Beob. II. ist auf diese secund. Degeneration zu beziehen etc., ferner im letzten Fall (l. c. III. S. 338). Andere F. folgen später.

2) kommen Körnchenzellen bei Dem. par. vor. Dies Vorkommen wurde von *Westphal*, der zuerst auf das allgemeine Vorkommen hinwies, für ein ausnahmsloses gehalten.

3) wurden Körnchenzellen im Rückenmark unter Umständen gefunden, wo die Rückenmarkserkrankung mit den als von ihr abhängig vorausgesetzten Symptomen als selbstständiges Leiden aufgefasst wurde. Es wird sich aus späteren Ausführungen ergeben, dass auch in den Fällen, wo der Ursprung der Körnchenzellen-Entwickelung im Rückenmark, zweifellos im Gehirn liegt, doch im Dorsal- resp. Lendenmark ein oft bedeutendes Ueberwiegen der Körnchenzellen stattfindet, selbst bei gänzlichem Fehlen in mehr central gelegenen Theilen, so dass man demnach Letzteres nicht als Beweis des Ursprungs des Krankheitsprozesses an den genannten Stellen ansehen darf. Diese Annahme ist nur dann zulässig, wenn eine Gehirnerkrankung, die wenn auch nur vermuthungsweise als Ausgangspunkt zu beschuldigen wäre, gänzlich fehlt, und wenn die Oertlichkeit der ergriffenen Stelle die anatomische Verbreitung und die Krankheitserscheinungen erklärt. Die Erscheinungen der hierher gehörigen Fälle bestanden in Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, bis zu den höchsten Graden gesteigert, Blasenlähmung, Decubitus. Hierher gehört Fall Q von *Westphal* (Virch. Archiv 39. Bd), während ein hierher bezogener Fall von *Simon* (Arch. f. Nkhtn. I. S. 591) Bedenken erregt, weil nur die *Goll*'schen Keilstränge ergriffen, und er auch von Hirnerscheinungen nicht frei war. Es tritt besonders bei Klassificirung hierher gehöriger Fälle der anfangs berührte Umstand hindernd in den Weg, nur das eine Merkmal, die Kz, zur Untersuchung zu benutzen, ohne Rücksicht auf den anderweiten anatomischen Charakter des Prozesses. Es würde

sonst die Beziehung zu Fällen anderweitiger chron. Myelitis, manchen F. sog. Reflexparalysen hervortreten. Dieser Umstand erhält um so mehr Gewicht in denjenigen Fällen, deren Präparate durch die Untersuchungs-Methode der K z beraubt waren. Dahin gehört der F. von *Fromann* 1864, Meningo-Myelitis, ferner der 7. F. von *Schüle* (Allg. psych. Ztschft. 25, S. 496), der ausserdem der Dem. paral. angehört.

Von anderweiten Krankheitsfällen aus der neuern Literatur, die die Beziehung der wesentlichsten Symptome und des anatomischen Befundes enthalten, sind, als hierher gehörig, mit Rücksicht auf spätere Entwicklungen, noch zu erwähnen: *L. Meyer* (Archiv f. Nkhtn. III. 1 u. 2.) F. 18 bei einem Geistesgesunden Paraplegie der untern Extremitäten und Blasenlähmung, bei fettiger Entartung etc. der Gefässe im Dorsal-Rückenmark; F. 25, nach einem krampfhaften Zufalle Motilitäts- und Sensibilitäts-Paralyse bei einem Geisteskranken, nicht an Dem. par. Leidenden. Fettentartung etc. in allen 3 Rückenmarkssträngen, im Dorsal-, besonders Lenden-Mark. Auch F. 29 ist wahrscheinlich hierher zu beziehen: Epilepsie, paralytische, anästhetische Erscheinungen; fettige Entartung etc. der Gefässe der Med. oblong. — In keinem dieser Fälle zeigten sich Zeichen von eigentlicher Muskel-Contractur.

Die weiteren hauptsächlichsten Untersuchungen über Körnchenzellen-Entwicklung im Rückenmark fanden bei Dem. paral. statt. *Wilhelm Sander* hebt, Archiv für Nkhtn. I. S. 706 ff., aus seinen Untersuchungen hervor, dass wo hier überhaupt Körnchenzellen vorkamen, sie sich auch immer in den Seitensträngen fanden. (Entgegen *Simons* 20 und 21 Beob., Körnchenzellen nur in den Hintersträngen, Arch. f. Nkht. II. S. 117 ff.). Es war ferner schon *Westphal* (*Virch.* Arch. 39. Bd. etc.) geneigt, die allgemein paretischen Erscheinungen und das Muskelzittern auf die Körnchenzellen-Entwickelung im Rückenmark zu beziehen, obgleich er die nicht correlate Beziehung beider Erscheinungsreihen hervorhebt. Er wollte ferner die dauernden halbseitigen Paresen ebenfalls auf den Rückenmarksbefund beziehen (entgegen *Baillarger*, der bei Hemiparese überhaupt eine grössere halbseitige Hirnatrophie beschuldigt). Er suchte auch den wahrscheinlichen Grund der epileptif. und apoplectif.

Anfälle in demselben Befund. Dann behauptet *Sander*, dass meist ein paralleles Verhalten stattfinde zwischen dem Grade der Affection des Rückenmarks (resp. Ergriffensein der Seitenstränge) und dem Grade, in welchem die motorischen Störungen im Gesicht, das Vibriren der Gesichtsmuskeln, der Zunge, die Articulationsstörung etc. während des Lebens sich markiren. Jedoch finde kein causales Verhältniss statt. Es seien vielmehr die klinischen Symptome und die Körnchenzellen parallel abhängig von dem Grade des zu Grunde liegenden Hirnleidens, womit auch der Einfluss der Krankheitsdauer gegeben sei. Bezüglich des ausnahmslosen Vorkommens bei Dem. par. bringt *Sander* einen Fall bei ohne Körnchenzellen im Rückenmark, jedoch auch ohne motorische Störungen. — Dann berichtet *Simon* (l. c.) über 3 Fälle von Dem. paral. mit exquisiten motorischen Störungen, die theils keine, theils nur sehr sparsame Körnchenzellen ergaben. — Er behauptet aber auf der anderen Seite, gestützt auf über 200 Rückenmarksuntersuchungen, dass Körnchenzellen im Rückenmark ein normales Vorkommen seien, sich bei den verschiedensten acuten und chronischen Krankheiten oder bei plötzlich Gestorbenen, vorher Gesunden finden. So habe er unter 46 Paralytischen bei 19 nur so viel Körnchenzellen gefunden als innerhalb der Breite des Normalen liege. Als Krankheitsgruppen, bei welchen sich Körnchenzellen in ausgesprochenem Maasse finden, bezeichnet er 1) Andere Psychosen resp. Nervenkrankheiten als Dem. par. 2) Tuberculose. Man vermisst bei diesen Angaben die genauen statistischen Data, wie gross die Zahl der Fälle mit starker, mässiger, geringer und fehlender Körnchenzellen-Entwickelung bei diesen einzelnen Kategorien war, so wie etwaige andere Umstände bei starker etc. Entwickelung, um hiernach die Grösse der Prädisposition für Körnchenzellen etc. bei den einzelnen Krankheiten zu ermessen. — Es sind jedenfalls gegen diese Ausführungen die Beobachtungen von *Sander* anzuführen, der 59 Fälle untersuchte und der bei 26 Fällen von cerebralen, fast immer auch psychischen Störungen, ohne jedoch Dem. par. zu sein, keine Körnchenzellen fand. Unter 19 Fällen von Lungenkrankheiten, worunter öfter Tuberkulose, fand *S.* keine Körnchenzellen.

L. Meyer (l. c.) bestätigt zunächst wieder *Westphal's* Beobachtungen bei Paralytikern, dass Körnchenzellen bei ihnen zwar nicht in allen, doch in den bei weitem meisten Fällen sich nachweisen lassen, andererseits die Beobachtungen *Simon's*, dass Körnchenzellen in gleich starker Entwickelung sich im Rückenmark (und Gehirn) einiger an Tuberkulose gestorbener, nicht paralytischer Geisteskranken fanden. Weiter folgert er, zunächst allerdings nicht mit aller Bestimmtheit, dass wo Körnchenzellen im Centralnervensystem vorkommen, dieselben immer den Gefässen ihren Ursprung verdanken, dann dass die Verfettung der Gefässe (als Fettkörnchen, Fetttröpfchen, Körnchenhaufen, Körnchenzellen etc.) ein sehr ausgedehntes, allgemeines Vorkommen sei, eine regressive Tendenz der Ernährung ausdrücke und das Durchgangsstadium zu einem noch weitern, regressiven Stadium der Ernährung, Sklerose und Obsolescenz sei. — Die Untersuchungsmethode *L. Meyer's* bestand darin, dass er an Längsschnitten der Hinter-, Seiten-, und Vorderstränge die Gefässe auf- und untersuchte. Diese Methode ist allerdings am meisten geeignet, den Zustand des Gefässsystems klar zu stellen, wo es sich jedoch um die characteristische Topographie einzelner Strangabtheilungen des Nervengewebes selbst betreffend die Körnchenzellen und um deren eigenthümliche, dem Faserverlauf entsprechende Verbreitung in verschiedenen Höhen der Spinalaxe und an verschiedenen Stellen des Querschnitts handelt, wird man nicht die andere Methode entbehren können, die einzelnen Stellen der Querschnitte, unabhängig von den Gefässen, genau zu untersuchen, und dabei den Zustand der gleichzeitig gefundenen Gefässe festzustellen. Wenn auch dabei im einzelnen Falle es möglich ist, dass gefundene Körnchenzellen andern nicht gesehenen Gefässen entstammen, so wird doch das Resultat der Untersuchung von vielen hundert Objecten statistisch entscheidend sein, ausserdem das ausschliessliche Vorkommen sei es an den Gefässen, sei es der freien Körnchenzellen Beweiskraft haben. Es erhebt sich daher die Erwägung, dass wahrscheinlich die Resultate dieser beiden verschiedenen Untersuchungsmethoden, so berechtigt sie jede für sich sind, nicht zusammenfallen.

Was nun die allgemeinen und speciellen Untersuchungs-

resultate *L. Meyer*'s betrifft, so erklärt er für den Grund der Verfettung der Gefässe des Central-Nervensystems allgemeine Ernährungsstörungen des Organismus. „Es handelt sich fast um eine gleichlaufende Intensitäts-Skala der Ernährungsstörungen und der Entwickelung der fettigen Entartung.“ Es gilt dies für alle Erkrankungen, und haben die Paralytiker keine Ausnahmestellung, es findet im Gegentheil die vollkommenste Analogie mit anderen Zuständen statt. Bei plötzlichen Todesfällen Epilept. und Paral. fehlt die Verfettung in den Rückenmarkssträngen so gut wie ganz. Bei allgemeiner Abmagerung dagegen, besonders in Folge Tuberkel, Carcinom etc., dann bei sehr entwickelten paralytischen Zuständen war eine ausgedehntere und bedeutendere fettige Entartung der Rückenmarksgefässe vorhanden. Diese Ursachen wirken für das Gehirn und Rückenmark in gleicher Weise. Doch findet kein vollständiger Parallelismus zwischen beiden, ebenso wenig eine gleichmässige Verbreitung auf die einzelnen Rückenmarks-Abschnitte statt. Es existiren neben jenen allgemeinen Ursachen noch besondere für die Erkrankung dieser einzelnen Abschnitte. Als solche gelten Organerkrankungen bestimmter Regionen des Körpers. So erkranken die oberen und mittleren Rückenmarksparthien bei Krankkeiten der Respirationsorgane, des Herzens; der Lendenabschnitt bei Caries der Lendenwirbel, Nieren-, Blasenkrankheiten, Decubitus; der Conus medull. bei Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Bei Epileptischen findet sich vorzugsweise das Cervical-Mark ergriffen, weit häufiger noch das Gehirn.

Verf. geht diese Sätze an einer Reihe der beigebrachten Fälle durch. Es findet sich jedoch einerseits keine unterschiedslose Statistik aller Fälle, ohne welche der Beweisführung durch Casuistik immer etwas Willkührliches bleibt. Andererseits scheinen einige Beziehungen von Gewicht nicht hinlänglich klar gestellt.

Ich habe in Folgendem den Versuch gemacht, *L. Meyer*'s Fälle nach verschiedenen Gesichtspunkten statistisch zu ordnen. Es sind jedoch überall Fall 24 (Erweichungsheerd etc. des Gehirns, daher hier wahrscheinlich vom Gehirn aus fortgeleitete Rückenmarkserkrankung), ferner Fall 18, 25 und 29 (wo nach

Früherem die Symptome eine selbstständige Rückenmarkserkrankung anzunehmen gestatten) in Fortfall gekommen, da nach den bisherigen auch von mir, wie sich ergeben wird, fest gehaltenen Anschauungen, hier besondere Bedingungen vorliegen. Die Erwägungen beziehen sich überall nur auf das Rückenmark und bleibt das Gehirn ganz ausser Berücksichtigung. Von den Gefässerkrankungen ist ausschliesslich, dem Plan dieser Arbeit entsprechend, die Verfettung in Betracht gezogen.

Die Tabelle 1 stellt die 3 Kategorien von vorgeführten Fällen: I. Nichtgeisteskranke, II. Geisteskranke, jedoch keine Paralytiker, III. An Dementia paralytica Leidende, je nach dem Grade der Verfettung der Rückenmarks-Gefässe einander gegenüber.

Tabelle 1.

	sehr starke, starke und ziemlich starke		Mässige		geringe u. sehr geringe		Keine		Summa
	Verfettung.								
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl
I. Nicht geisteskrank	4	24	6	35	7	41	—	—	17
II. Geisteskrank	5	56	1	11	2	22	1	11	9
III. Dem. paral.	11	58	2	11	5	26	1	5	19

Der Grad ist so bestimmt, dass, wenn auch nur an einer Stelle starke etc. Verfettung vorhanden war, dies maassgebend war. Es stellt hier die II. Abtheilung bezüglich der starken Verfettung den P. C. Satz der Paralytiker, während beide die I. Abth. sehr überragen. Es ist jedoch zu bemerken, dass in der II. Abth. starke Verfettung, Fall 29 rubricirt, chron. Alkoholismus mit exorbitanten Grössenideen, eine Zeit lang vorhandenem Zittern der Zunge, Finger, Wadenkrämpfe etc., ferner Fall 27 Krebs etc., die Aorta desc. bis zum 4. Lendenwirbel umgebend, ferner Fall 22 und 23, Atroph. cer. senilis. Ferner ist die geringe Zahl zu berücksichtigen, so dass höchst wahrscheinlich die Prävalenz der Paral. über die gewöhnlichen Geisteskrankheit bei starker Verfettung sich ergiebt.

Diese Erwägungen fallen noch mehr ins Gewicht, wenn man bedenkt, dass die Ernährungsstörungen, die das Ende

herbeiführen, bei den Paralytikern, zum Theil schon bei den Geisteskranken im Allgemeinen nicht so bedeutend sind, als ohne jene Nervenleiden.

Die folgende Tabelle giebt Auskunft über die Zahl der ergriffenen Rückenmarksstränge.

Tabelle 2.

	Ergriffen waren:								
	Hinter-stränge		Hinter u. Seiten-stränge		Alle Stränge		Unbe-stimmt		Summa
	Zahl	pCt	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt	Zahl
I. Nicht geisteskrank	1		1		4		11		17
II. Geisteskrank	4	50	3	37,5	1	12,5			8
III. Dem. paral.	6	33	9	66	2	11	1		18

Demnach scheinen bei Dem. paral. die Hinter- und Seitenstränge zusammen (im Gegensatz zu den Hintersträngen allein) öfter ergriffen zu sein als bei der gewöhnlichen Geisteskrankheit.

Die folgende Tabelle sucht eine Vergleichung herzustellen zwischen den nach *M.* anzunehmenden allgemeinen Bedingungen der Gefässverfettung — wesentlich 1) Grad der Abmagerung, 2) Grad der entwickelten Lähmungszustände — und dem Grade der Verfettung. Die Ausdrücke: Parallelismus etc. sind klar. Kein Parall. des Grades war z. B., wenn die Abmagerung, Lähmung nicht bedeutend, die Verfettung sehr bedeutend war. Die I. Abth. hatte nicht hinlänglich genaue Daten. Die Feststellung ist vom subjectiven Ermessen nicht frei.

Tabelle 3.

	Bei Verfettung						Bei Mangel an Verfettung				
	Parallelismus.		Kein Parallelismus		Kein Parallelismus des Grades		Parallelismus		Kein Parallelismus		Summa
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl
II. Geisteskrank	6	67			2	22	1	11			9
III Dem. paral.	6	32			12	63	1	5			19

Das Leerbleiben der Colonne: „kein Parallelismus“ spricht für die Wichtigkeit des fraglichen Momentes.

Die Ziffern für die 3. Col.: kein Parall des Grades deutet an, dass ausser jenen Bedingungen noch andere maassgebend sind. Und dies bedeutende Ueberwiegen dieser Colonne bei Dem. par. beweist die Wichtigkeit jener andern Umstände bei dieser Krankheitsform.

Die folgende Tabelle giebt Auskunft über die von der Verfettung ergriffenen Rückmarksabschnitte bei den einzelnen Kategorien. Wo in demselben Fall mehrere Abschnitte ergriffen waren, sind sie sämmtlich berücksichtigt.

Tabelle 4.

	Cervikal- Rückenmark		Dorsal- Rückenmark		Lumbar- Rückenmark		Unbestimmt		Summa Zahl der Fälle
	Zahl	pCt	Zahl	pCt.	Zahl	pCt	Zahl	pCt.	
I. Nicht geisteskrank	5	45	5	45	3	27	6		17
II. Geisteskrank	—	—	7	87,5	2	25	—		8
III Dem. paral.	5	42	8	67	2	25	6		18
Summa	10	32	20	65	8	26	12		43

Die Art der Berechnung geschah zu der Zahl der Fälle mit bestimmten Angaben. Z. B. fand sich bei I. Nicht geisteskranken unter 17—6 = 11 Fällen bei 45 P. C. Verfettung im Cerv. Mark etc. Es zeigt sich im Allgemeinen bei weitem überwiegend das Dorsal-Mark ergriffen, dann folgt das Cerv.-, zuletzt das Lendenmark. Bemerkenswerth ist, dass die Geisteskranken keinen Satz für das Cerv.-M. stellen, die Paralytiker einen namhaften.

Die folgende Tabelle enthält bei der Summa, ohne Unterschied der einzelnen Kategorien, mit Rücksicht auf die früheren Auseinandersetzungen, die Beziehung der einzelnen Organerkrankungen zu den einzelnen ergriffenen Rückenmarksabschnitten.

Tabelle 5.

	Cervikal-	Cerv. u. Dorsal-	Dorsal-	Dorsal u. Lumbar-	Lumbar-	Unbestimmt	Summa
	Rückenmark						
Epilepsie	1	· 1	—	—	—	—	2
Krankh. der Brustorgane	—	7	7	1	—	5	20
Krankh. der Brust und Bauchorgane .	1	—	—	—	—	—	1
Krankh. der Bauchorgane	—	—	—	—	—	—	1
Krankh. der Nieren, Geschlechtsorgane, Lendenwirbel, Decubitus	—	1	2	1	4	—	8
Vielfache Heerde	—	—	—	1	1	1	3
Tod vom Nervensystem aus . . .	—	—	2	—	—	5	7
Marasmus	—	—	—	—	—	1	1

Wo mehrere Abschnitte des Rückenmarks ergriffen waren, sind die 2 vorzugsweise betheiligten zur Registrirung benutzt. Wo mehrere Krankheiten vorlagen, die bedeutendern, und nur wo dieser Maassstab fehlte, die Rubrik: vielfache Heerde, ausgefüllt. Jeder Fall ist nach beiden Richtungen nur 1 mal eingetragen. — Es ergaben sich die Beziehungen im Allgemeinen vollkommen im Sinne des Verfassers, doch auch bei den grössten Zahlen eine gewisse Breite — bei Krankheiten der Brustorgane ist zum Theil das Dorsal-Mark allein ergriffen, zum Theil zugleich auch das Cerv.-Mark. Auf der anderen Seite geht jedoch ein Theil der Fälle über den Prädilect-Heerd hinaus, verlässt ihn wohl ganz. So Nieren etc. verlassen das Lenden-Mark, ergreifen ausschliesslich das Dorsal-Mark oder gehen noch höher. Brust- und Bauchorgane in 1 Fall bis zum Cervical-Mark. Bemerkenswerth ist, dass auch in 2 Fällen von Tod vom Nervensystem aus das Dorsal-Mark ergriffen war. Es ergiebt sich, dass die principielle Wichtigkeit des vom Verfasser betonten Einflusses zwar hervortritt, dass aber noch andere Einflüsse maassgebend für die Auswahl des Orts hinzutreten.

Aus allem Entwickelten ergiebt sich folgendes:

Die von *L. Meyer* angegebenen Bedingungen (Abmagerung, Lähmung) sind in hohem Grade Ursachen der Verfettung der Rückenmarksgefässe, und ferner: die von *M.* angegebene Beziehung von Organerkrankungen zu der Erkrankung bestimmter

Rückenmarks-Abschnitte findet in namhaftem Grade statt. Die Bedeutung der letztern Thatsache für die pract. Auffassung der Reflexparalysen, und die Beziehung zu *Feinberg*'s Erzeugung von Rückenmarkserkrankungen durch Cauterisirung des N. ischiad. (Berl. klin. Wochenschrift 1871) mit Rücksicht auf die Theorie springt hervor.

Dagegen ergeben sich eine Reihe anderer Gesichtspunkte: 1) Wahrscheinlich ist im Durchschnitt der Grad der Verfettung bei der Dem. paral. ein viel bedeutenderer, als ohne sie. 2) Bei der Dem. par. sind die Hinter- und Seitenstränge zusammen, gegenüber den Hintersträngen allein öfter ergriffen, als bei der gewöhnlichen Geisteskrankheit. 3) Bei der Dem. par. entsprechen sich der Grad der Verfettung und der Grad der Abmagerung etc. viel weniger, als bei den gewöhnlichen Geisteskrankheiten, so dass besonders bei ersterer, ausser der allgemeinen Ernährungsstörung etc. noch besondere Bedingungen zur Verfettung vorliegen müssen. 4) Im Allgemeinen ist überhaupt das Dorsal-Mark am meisten ergriffen, es folgt das Cerv.-Mark, zuletzt das Lendenmark. 5) Die Beziehung von Organerkrankungen zur Verfettung bestimmter Rückenmarksabschnitte hat eine gewisse Breite und kommt in nicht vereinzelten Fällen vollständiger Mangel an Parallelismus vor, so dass für die bestimmte Localität im Rückenmark noch andere Bedingungen vorliegen müssen.

Es ist ersichtlich, dass die Ansichten über die Herkunft der Körnchenzellen in vorliegenden Fällen in Beziehung stehen zu den Ansichten, welche die Pathologie in vorliegender Frage überhaupt beherrschen. Während *Virchow* die Neurogliakerne vorzugsweise als Ursprungsstätten der Körnchenzellen ansieht, und dem entsprechend *Westphal* dieselben oder nach ihrer Wucherung bei der Dem. par. vorzugsweise beschuldigt, berücksichtigen *Leyden* und *Rindfleisch* ausserdem auch die Kerne der Gefässe, und *Stricker* und *Leidesdorf*, dann *Jolly*, *Mankopff*, bei Entzündungsprozessen letztere besonders. Bei Andern (*Obersteiner* etc.) ist dann auch von ausgewanderten weissen Blutkörperchen die Rede.

Aus diesen wenigen Daten, denen sich andere im Verlauf anschliessen werden, ergiebt sich, dass in vorliegender Frage

noch manche Widersprüche und Unklarheiten existiren, dass Manches zu bestätigen, zu vervollständigen und festzustellen ist. Die Untersuchung des Rückenmarks bei den folgenden Beobachtungen fand grösstentheils am frischen in doppelt chroms. Kali (10 Gr. auf 1 Unze) aufbewahrten Präparate, an Querschnitten statt, indem einzelne Stückchen mit der Scheere aus den verschiedensten Abschnitten der einzelnen Stränge abgetragen und bei 75 facher, und 350 facher Vergrösserung untersucht wurden. Die Zahl der gefundenen freien Körnchenzellen wurde nach der, allerdings nur subjectiven Abschätzung, nach folgender Bezeichnung, von der niedrigern zur höhern Zahl fortschreitend, festgestellt: vereinzelte, sparsame, mässig sparsame, mässig viele (zahlreiche), viele, sehr viele Körnchenzellen. Es wurde der Zustand der mit erhaltenen Gefässe genau festgestellt, jedoch in den Fällen der früheren Jahre (von 1867 ab) die Notizen vielfach versäumt, von der Voraussetzung ausgehend, dass Verfettung der Gefässe eine andere pathologische Bedeutung habe, vielleicht auch ein psysiologisches Vorkommen sei. In den Fällen der letzten Jahre wurde jedoch der Zustand der mit gesehenen Gefässe immer genau festgestellt.

Das mitgetheilte Lebensalter sämmtlicher Fälle bezieht sich auf die Zeit des Todes.

Von den zunächst folgenden 10 Fällen von Dementia paralytica, sämmtlich Männer, hat 1 ein Alter von 36, 2 von 37, 2 von 40, 2 von 42, 1 von 43, 1 von 46, 1 von 48 Jahren.

In den Vordersträngen waren Körnchenzellen, wenn man einen Fall fortlässt, wo sie sich nur vereinzelt fanden, 7 mal vorhanden, in 3 Fällen ziemlich zahlreich, in 4 sparsamer. Sie fanden sich immer der Fissur zunächst am zahlreichsten, weiter nach aussen waren sie sparsamer, oder fehlten ganz. Sie waren immer im Dorsalmark zahlreicher als im Lenden- und hier meist zahlreicher, als im Cervicalmark, theilweise fehlten sie in letzterem, wo sie im Dorsalmark vorhanden waren. Sie waren theils an einer Seite zahlreicher, als an der anderen, oder fehlten an einer Seite ganz.

Die Seitenstränge, zeigten in 9 Fällen Körnchenzellen-Entwickelung. Die Zahl konnte in 5 als sehr gross bezeichnet

werden, in 4 als mässig gross, obgleich diese Bezeichnung 1 mal nur auf das Dorsal- und Lenden-Mark, 2 mal auf das Dorsalmark, 1 mal auf das Lendenmark sich erstreckt, während die nicht genannten Theile in diesen Fällen sparsame oder keine Körnchenzellen enthielten. Im Allgemeinen bot das Dorsalmark die meisten Körnchenzellen, in 1 Fall war der Beginn der Hals-Anschwellung als Anfang der stärkern Entwickelung zu konstatiren. Nach dem Dorsal- folgte das Lenden-, dann das Cervical-Mark. In 4 Fällen beschränkte sich die Affection auf die hintern Abschnitte der Seitenstränge, zwischen Lig. dentic. und hintern Wurzeln, in 3 war ausserdem der vordere Abschnitt der Seitenstränge in geringerem Grade betheiligt, in 2 jedoch nur theilweise. In 1 Fall war nur der hinterste Abschnitt der Seitenstränge, den Wurzeln zunächst, betheiligt, in 1 Fall nur der vordere Abschnitt der Seitenstränge zwischen vordern Wurzeln und Lig. dentic. In 2 Fällen mit sehr vielen Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen wurde sehr genau die äusserste zunächst an die Pia m. anstossende Peripherie derselben untersucht. In einem Fall zeigte sich dieser Rand oben und auch noch 2 Zoll unterhalb des obern Endes beiderseits frei von Körnchenzellen, während die tiefer gelegenen Stellen desselben Querschnitts solche darboten. Die weiter unten gelegenen Stellen des Rückenmarks zeigten in diesem Rande viele und sehr viele Körnchenzellen. Im anderen Falle zeigte sich ein von Körnchenzellen freier Streifen (wo diese in der Tiefe desselben vorhanden waren) ganz oben und im Lendentheil.

Die Hinterstränge zeigten 4 mal Körnchenzellen und zwar 2 mal durch die ganze Länge (hier zahlreich, 1 von diesen Fällen mit einem Exsudat hinten), 1 mal im Dorsal- und Lendenmark (hier ebenfalls Exsudat) 1 mal nur im Dorsalmark. Der zu dritt angeführte Fall bot die sparsamen Körnchenzellen in einem längs der Fissur nach vorn sich erstreckenden graulich durchscheinenden Keil, der in der obern Dorsalparthie seinen Anfang nahm, und nach unten zu allmählich grösser wurde. In dem einen Fall mit vielen Körnchenzellen waren diese ganz oben nur sparsam vertreten, nahmen nach unten hin, schon 2 Zoll unterhalb des obern Endes, besonders im

Dorsalmarke sehr zu. Sie waren bis hierhin überall innen bedeutend zahlreicher, als mehr nach aussen. Im Lendentheile änderte sich das Verhältniss, indem der innere, der Fissur zunächst gelegene Theil frei wurde, während der äussere Theil noch Körnchenzellen enthielt. In diesem Falle war die ganze hintere Fläche des Rückenmarks, besonders jedoch von 2 Zoll unterhalb des obern Endes an, mit einem Exsudat bedeckt. In dem 2. Fall mit vielen Körnchenzellen war das Vorkommen derselben oben: innen (der Fissur zunächst) und hinten (der Pia m. zunächst); weiter unten, bis in die Lendenparthie waren die ganzen Hinterstränge ergriffen. In allen Fällen, wo Körnchenzellen in den Hintersträngen und in den Vordersträngen vorhanden waren, fanden sie sich auch in den Seitensträngen, und hier dann ausnahmslos am zahlreichsten.

Was die Pyramiden anbetrifft, so wurden von 5 untersuchten Fällen in 1 keine, in 2 spars. Körnchenzellen gefunden (in allen 3 zugleich meist spars. bis mässig viel Körnchenzellen in den Vordersträngen und Hinterseitensträngen, nicht in den Hintersträngen), in 2 wurden viele Körnchenzellen in den Pyramiden gefunden (viele Körnchenzellen in allen 3 Rückenmarkssträngen). In einem Falle war auf einem Querschnitt innerhalb des Kreuzungsgebiets zu beobachten, wie die Bahn stärkerer Körnchenzellen-Anfüllung sich von der Gegend des linken Hinterseitenstrangs zum Anfang der rechten Pyramide erstreckte. Es war dann auch noch höher die rechte Pyramide stärker mit Körnchenzellen gefüllt als die linke. In diesem Fall war zugleich in den Vordersträngen des Halstheiles des Rückenmarks rechts eine grössere Anzahl von Körnchenzellen, als links.

Die übrigen Theile der Med. oblong. zeigten bei wiederholter Untersuchung keine Körnchenzellen, so das Strat. zonale, sämmtliche hinter den Pyramiden gelegenen Theile, 2 mal die weissen Bündel, welche von der Höhe der Striae acust. zu beiden Seiten der Raphe nach oben ziehen (*Meynert's* Akusticus-Bündel), worunter 1 Fall, der neben der Articulationsbehinderung seit dem Beginn der Krankheit (Krankheitsdauer 3 Jahre) mit Aphasie complicirt gewesen war.

An einzelnen Stellen zeigten sich hin und wieder vereinzelte Körnchenzellen, so im Eingang der Oliven.

Wo in den Pyramiden, zeigten sich Körnchenzellen auch in deren Fortsetzung durch die Brücke.

Die Hirnschenkel zeigten in 6 Fällen, welche untersucht wurden, Körnchenzellen und zwar in mehreren Fällen mehr als die Pyramiden und der Cervicaltheil des Rückenmarks in den Seiten- resp. Vordersträngen desselben Falles gezeigt hatten. Im Allgemeinen war die Mitte und nach aussen von dieser am meisten afficirt. In andern Fällen war das innere und äussere Viertel frei von Körnchenzellen, in anderen das äussere Drittel die ergriffene Parthie. In demselben Fall war auch in verschiedener Höhe der Sitz ein verschiedener, so in der Mitte des Median-Durchschnitts die mittlere und hiervon nach aussen gelegene Parthien, mehr central nur letztere. Am centralen Querschnitt des Hirnschenkels war die Zahl geringer, als mehr peripher. Die (der Pia m. zugewandte) Oberfläche war mehr betheiligt, als die tiefer gelegenen Parthien, oder dieser Rand war allein betheiligt. Bei häufigerem Vorkommen waren sie jedoch auch tiefer, in 1 Fall durch die ganze Tiefe nachweisbar, ja hier auch neben den pigmentirten Ganglienzellen der Substantia nigra, auch etwas oberhalb derselben. In dem angeführten Falle war mit der Prävalenz der Körnchenzellen in der rechten Pyramide etc. auch die im rechten Hirnschenkel nachweisbar.

Die Untersuchung des Linsenkerns geschah theils an verticalen Querschnitten, theils an vertical gerichteten Medianschnitten, die vom Hirnschenkel aus nach vorn und aussen gerichtet waren, um die Ausstrahlung der Fasern des Hirnschenkels zu verfolgen, in denen Körnchenzellen nachweisbar waren. Es zeigten von 6 untersuchten Fällen 5 an den näher anzuführenden Stellen Körnchenzellen- ähnliche Gebilde, davon 2 reichlicher und an verschiedenen Stellen, 1 an 2 Stellen, 2 an nur je 1 Stelle. Die Stellen waren die Ausstrahlung in den Linsenkern, besonders in das 1. Glied, die weissen Trennungsbänder des 1. und 2. Gliedes, die weissen Streifen innerhalb der Glieder des Linsenkerns, die weisse (noch der Ausstrahlung des Hirnschenkels angehörige) Substanz zwischen

Linsenkern und Rinde, die weisse Substanz zwischen Linsenkern und Vormauer (innere Kapsel) die vordere Commissur. Es war 2mal zu konstatiren, dass in der Richtung der Körnchenzellenhaltigen Parthien des Hirnschenkels in der centralen Ausstrahlung mehr freie Körnchenzellen vorhanden waren als in der Richtung weniger erfüllter Hirnschenkeltheile. Zugleich waren sie dann an den Gefässen zahlreicher, oder nur an den Gefässen vorhanden. In einem Fall nahmen, je mehr central, die Körnchenzellen ab. In diesem und anderen Fällen waren in den nicht erwähnten Parthien, speciell in der weissen Substanz zwischen Linsenkern einerseits und Streifenhügel und Sehhügel andererseits, so weit sie nicht in das erwähnte Gebiet fällt, in der grauen Substanz des Linsenkerns und Streifenhügels, im Sehhügel, Vormauer etc. keine freien Körnchenzellen nachweisbar. Auch wo die Körnchenzellen am reichlichsten vorhanden waren, waren sie im Vergleich mit dem Vorkommen in den Hintersträngen als sparsam zu bezeichnen. Die hier vorkommenden Körnchenzellen hatten zugleich eine lang gestreckte schmale Form, so dass sie nicht immer leicht von den ähnlich gestalteten Ganglienzellen dieser Gebiete (in der inneren Kapsel etc.) unterschieden werden konnten. Einige Stellen, wo sonst noch Körnchenzellen, in einem Falle zum Theil in mässiger Quantität, gefunden wurden, ergaben sich bei einem verticalen Querschnitt der oben durch die vordern Vierhügel, unten durch die Mitte der Hirnschenkel fiel. Es ergaben sich hier in dem Dach der Wasserleitung Körnchenzellen zugleich von da nach aussen und unten ziehend. Bei demselben Schnitt durch die hintern Vierhügel ergaben sich in dem Dach der Wasserleitung nur wenige Körnchenzellen, weiter nach unten gar keine. Es entspricht jene Stelle der Fortsetzung der Vorderstränge nach *Meynert*, wobei zu bemerken, dass in diesem Falle die Vorderstränge des Rückenmarks nicht unbedeutend betheiligt waren. In jenem Querschnitt ergaben sich ferner sparsame Körnchenzellen in den unterhalb des rothen Kerns der Haube verlaufenden Commissuren, nicht in denen oberhalb desselben. In diesem selben Fall ergaben sich links in der Schleife Körnchenzellen (nach *Meynert* der theilweisen Fortsetzung der Hinterstränge. Es waren in

diesem Fall die Hinterstränge des Rückenmarks betheiligt). An sämmtlichen angeführten Stellen waren in andern Fällen unter denselben Umständen keine Körnchenzellen zu entdecken.

Zu bemerken ist noch, dass in einem Falle im Dorsal-Rückenmark in der grauen Substanz und zwar in der hintern Parthie des Hinterhorns, Körnchenzellen gefunden worden, und zwar an einer Seite in höherem Grade. — Was das Verhältniss der freien Körnchenzellen zu der Verfettung der Gefässe betrifft, so wurden die grösseren Gefässe bei der Untersuchung vermieden, das Verhalten der beobachteten in einem Theil der Fälle festgestellt. Es fanden sich an allen Stellen, wo freie Körnchenzellen vorkamen, gelegentlich auch verfettete Gefässe, und zwar fanden sich diese (vorzugsweise Capillaren und Venen, auch grössere, vor Allem am Zusammenstossen kleinerer mit grösseren) theils mit vielen, theils mit wenigen, theils ohne freie Körnchenzellen. Das letztere fiel namentlich da auf, wo überhaupt keine freien Körnchenzellen gefunden wurden, in der Haube, in der grauen Substanz des Linsenkerns in gewissen, Regionen des Hirnschenkels, mehrfach in den Hintersträngen. Auf der anderen Seite zeigten sich auch nicht selten freie Körnchenzellen, während die gesehenen Gefässe frei von Verfettung waren.

Ausser Verfettung zeigten die Gefässe eine Verdickung der Adventitia (zugleich oft mit Verfettung zusammen) so wie eine glasige Beschaffenheit.

Die Corpora amylacea verhielten sich zum Theil gegensätzlich zu den freien Körnchenzellen. In demselben Falle waren da, wo viele Cc. amyl. waren, wenig oder keine Körnchenzellen, dann wieder kamen beide in demselben Falle zugleich zahlreich vor. In bestimmten Theilen bei Dem. par. fanden sich oft sehr viele Cc. amyl. (ohne Körnchenzellen).

Die Dauer der Krankheit bis zum Tode hatte auf das Auftreten von Körnchenzellen keinen entscheidenden Einfluss. Der Fall mit der längsten Krankheitsdauer (12 Jahre) hatte keine Körnchenzellen, der mit der kürzesten sehr viele, die dazwischen liegenden Grenzen boten aber kein bestimmtes Verhältniss, der F. mit 1 Jahr hatte ziemlich viele, von 2 Fällen von ungefähr 2 Jahren hatte einer sehr viele, der andere

mässig viele, bei ungefähr 3 Jahren hatte einer sparsame, einer mässig viele, und der 3. sehr viele, ein F. mit 4 Jahren hatte viele, und ein F. mit 6 Jahren hatte sehr viele Körnchenzellen.

Was die etwaige Beziehung zwischen der Körnchenzellen-Entwicklung in den Hintersträngen und einem Exsudat auf der hintern Fläche der Pia m. des Rückenmarks betrifft, so zeigten 4 Fälle kein Exsudat, darunter 3 keine, 1 nur sparsame Körnchenzellen in den Hintersträngen, 3 zeigten ein Exsudat ohne Körnchenzellen in den Hintersträngen, 3 endlich zeigten ebenfalls ein Exsudat, darunter 2 mit sehr vielen Körnchenzellen, 1 mit sparsamen Körnchenzellen in den Hintersträngen. Der letztere zeigte zugleich an der innersten Parthie derselben ein graulich durchscheinendes Aussehen, von oben an, am stärksten in der Mitte, wenig ganz unten. In den beiden Fällen mit vielen Körnchenzellen wurden diese mit dem Beginn des Exsudats oben zahlreicher, setzten sich dagegen bei einem derselben nach unten hin über das Exsudat hinaus noch in derselben Häufigkeit fort. Wenn schon Letzteres gegen ein ursächliches Verhältniss spricht, so lässt das Erstere auch die Deutung zu, dass die beiderseitige Oertlichkeit eine ursächlich determinirte, aber ohne gegenseitige Abhängigkeit sei. Für das Exsudat ist es ausnahmslos, dass das Cervical-Mark ganz frei von demselben ist, oder es hier nur in fadenförmigen Adhäsionen besteht. Es beginnt in allen Fällen einige Zoll unterhalb des oberen Endes mit oder unterhalb der Cervicalanschwellung, oder am oberen Ende des Dorsal-Marks. Was die Körnchenzellen betrifft, so waren sie auch in dem Falle ohne Exsudat auf den Dorsaltheil der Hinterstränge beschränkt. Die Abnahme der Kz nach oben hin wird nach der gewöhnlichen Annahme aus dem Faserverlauf erklärt, jedoch kehren dieselben Oertlichkeiten und Beziehungen bei den Seiten- und Vordersträngen wieder. Beim Vorkommen von Körnchenzellen in den Seitensträngen fiel das in 6 Fällen vorkommende Exsudat ebenfalls seinem Beginn nach ungefähr mit einem stärkeren Vertretensein von Körnchenzellen zusammen. Jedoch finden schon hier einige Restrictionen statt, insofern in einem Fall das Exsudat 2 Zoll unterhalb

des Beginnes der Cervical-Anschwellung, die reichlichere Entwickelung von Körnchenzellen von der Mitte des Dorsal-Marks ihren Anfang nahm, in einem andern Fall setzten sich die Körnchenzellen noch in reichlichster Weise nach unten über das Ende des Exsudats fort. Es ist ferner in obigen 6 Fällen noch 1 Fall enthalten, in dem die Körnchenzellen fast ausschliesslich in dem vordern Abschnitt der Seitenstränge vorkamen, wohin ein über die hintern Wurzeln hinausreichendes Exsudat keinen Einfluss hätte haben können. Von den 3 Fällen ohne Exsudat war in 1 F. das Vorkommen von Körnchenzellen in den Seitensträngen gleichmässig, vom obern Ende bis zur Lendenanschwellung, in den beiden andern wurden sie jedoch von der Cervicalanschwellung reichlicher. Fast dieselben Beziehungen ergaben sich auch für die Vorderstränge. In 5 Fällen, wo sich Exsudat (hinten) fand, war die Höhe des letzteren und der grösseren Häufigkeit der Körnchenzellen eine entsprechende, jedoch wiederum in 1 Falle oben, in einem anderen unten nicht zusammenfallend, in 3 Fällen ohne Exsudat kamen die Körnchenzellen (in 1 F. mässig viele, in 1 sehr wenige, in 1 vereinzelt) überwiegend im Dorsalmark vor. Es ergiebt sich aus allen diesen Ausführungen, dass jedenfalls ausser dem Faserverlauf noch andere Ursachen für das häufigere Vorkommen von Körnchenzellen in einzelnen Längs-Rückenmarkstheilen vorhanden sind, und dass Exsudat auf der hintern Rückenmarksfläche auch nicht als Grund für diese Verschiedenheit gelten kann. Es gelten diese Beziehungen nicht allein für die Hinter-, sondern auch für die Seiten- und Vorderstränge.

Es spricht daher diese Ausführung für *Westphal*, der keine Abhängigkeit der Körnchenzellen-Entwickelung in den Hintersträngen von dem meningitischen Exsudat zugeben will. Sie spricht gegen *Sander*, *Simon* und *Arndt* (Archiv für Nkhten. II. S. 624 ff.). *Schüle* (Allgemeine Ztschft. für Psych. 25 Bd. S. 513) zieht aus seinen Fällen keinen Schluss, spricht diesen wenigstens nicht bestimmt aus. Der Umstand dass er in 3 Fällen meningitische Auflagerungen an denselben Stellen (2 mal am untern Halstheil, 3 mal am untern Dorsal- und obern Lenden-Mark) und 2 mal Kz. vorzugsweise an diesen Stellen,

1 mal überhaupt keine antraf, spricht für die oben ausgesprochene Meinung, dass beiderseits die Prädilectionsstelle, jedoch ohne gegenseitig ursächliche Beziehung stattfinde.

Es liegen in den dargelegten anatomischen Thatsachen manche Beziehungen enthalten, welche in evidentem Maass den Einfluss des allgemeinen Verlaufs der Nervenfasern an sich tragen, andere welche sich nur aus örtlich wirkenden Ursachen erklären lassen, obgleich auch hier örtliche Eigenthümlichkeiten des Faserverlaufs vielfach jedenfalls mitwirken. Geht man die einzelnen Abtheilungen des Nervensystems durch, so ordnen sich die Thatsachen nach der einen oder anderen Seite in folgender Weise. Die Verbreitung der Körnchenzellen in der inneren Parthie der Vorderstränge und in den Seitensträngen am Meisten der hinteren Abtheilung, theilweise unmittelbar den hintern Wurzeln zunächst, entspricht dem Verlauf nach der Faserung oder Aehnlichem. In einem Fall zeigte sich die vordere Parthie der Seitenstränge, den vordern Wurzeln zunächst ergriffen. Es ist darüber Folgendes zu bemerken: Man hat Kz. in den vordern Abtheilungen der Seitenstränge vorzugsweise bei mehreren Krankheitszuständen konstatirt, so bei progressiver Muskelatrophie, progress. Bulbärparalyse (2. F. *Leyden*'s l. c.), spinaler Kinderlähmung etc. (s. *Eulenburg* Berl. klin. Wochenschrift 1872 No. 2). Würde die von *Eulenburg*, nach A. vertretene Ansicht über allen Zweifel erhaben sein, dass der Ausgangspunkt der Kz-Entwickelung in diesen Fällen in der vordern grauen Substanz des benachbarten Rückenmarks liegt (entsprechend *Bouchard* l. c.), so würde man nur an locale Ursachen gewiesen sein, in vorliegendem Falle also noch einen selbstständigen Prozess im Rückenmark anzunehmen haben. Dagegen ist ein anderer literärer Fall zu erwähnen, der, ähnlich dem vorliegenden, die Beziehung zu einer Gehirnerkrankung enthielt, nämlich *Sander*'s F. 31 (l. c.), in dem nach mehreren Erweichungsheerden in beiden Grosshirnhemisphären sich Kz im Rückenmark, im vordern Theil der Seitenstränge, den Vorderhörnern zunächst fanden. — Das überwiegende Vorkommen dagegen an einzelnen wechselnden Stellen des Dorsalmarks, bei Zurücktreten oder gänzlichem Mangel im Cervicalmark spricht für eine örtliche Ursache, die

eine besondere Prädisposition auf die bestimmten Stellen des Dorsalmarks ausübt. — Der Kz freie Streifen an der Peripherie der Hinterseitenstränge würde, wenn er wie dies *Bouchard* für die secundären Rückenmarksaffectionen nach Hirnerkrankungen behauptet, durch die ganze Länge vorkäme, evident für den Faserverlauf sprechen. In den beiden obigen Fällen fand er sich dagegen nur im obern Hals-, in 1 auch im untern Lendenmark, bei abnehmender Häufigkeit der Kz. Auch *Westphal* (*Virchow*'s Arch. Sep.-Abdr. S. 101) bemerkt, dass (F. J.) die Affection des hintern Abschnitts der Seitenstränge anfangs nicht ganz an die Peripherie heran reichte, später jedoch die ganze hintere Hälfte der Seitenstränge einnehme. Auch *Schüle*'s F. 15 (Allg. psych. Ztschft 25, S. 477) zeigt einen freien Raum an der Peripherie der Hinterseitenstränge von oben bis zur Mitte des Dorsalmarks, F. 6 denselben freien Raum im obern Hals- und im Brusttheil, nicht im untern Halstheil. Bei *Leyden* (Arch. III. S. 338) wieder die ganze Länge frei. Dies Verhalten scheint demnach nicht so bestimmt auf den Faserverlauf zu beziehen. — Manches aus der Gestaltung der Affection der Hinterstränge spricht für den Faserverlauf: das stärkste Ergriffensein des Dorsalmarks, die sich verengende Keilform nach oben hin, das Freiwerden der Fissur zunächst, nach unten hin. Andere Umstände, die sehr weite Fortsetzung und unregelmässige Gestaltung nach unten hin lassen, wenn auch der Faserverlauf dabei betheiligt ist, die Deutung aus einem einheitlichen Heerde nicht zu. Die Bilder gehärteter Präparate würden nach beiden Seiten hin noch bestimmter sprechen. Sie werden bei der folg. Gruppe angeführt und wird dort einem Bedenken ihrer Benutzung zu vorliegendem Zweck Ausdruck gegeben werden. — Von einem etwaigen Einfluss eines Meningeal-Exsudats auf Kz-Entwickelung war die Rede.

Bezüglich der Pyramiden-Untersuchung spricht der Umstand, dass in den beiden Fällen die meisten Kz vorhanden waren, wo in allen Rückenmarkssträngen sich solche fanden, für den Einfluss der Begünstigung durch eine primäre oder secundäre allgemeine Prädisposition des Nervensystems, die 3 Fälle mit sparsamen resp. keinen (1 Fall) Körnchenzellen in den Pyramiden, während solche in den Vorder- und Hinterseitensträngen

immer zahlreicher vorhanden waren, beweisen wie dasselbe Verhalten des Cervicalmarks gegenüber der unteren Parthie, dass man sich den Fortgang vom Hirn zum Rückenmark keinenfalls als eine einfache Fortleitung zu denken habe. Der Umstand endlich, dass ausser den Pyramiden keine oder fast keine anderweitigen Theile der med. obl. ergriffen werden, so wie der Uebergang der grösseren Körnchenzellen-Anhäufung vom linken Hinterseitenstrang zur rechten Pyramide spricht in eminentem Grade für den Einfluss des Faserverlaufs.

Dasselbe gilt von der Fortsetzung auf die Pyramidenfasern der Brücke und der gleichseitigen Hirnschenkel. Auch mehr central vom Hirnschenkel aus folgten die Körnchenzellen zum Theil noch dem Faserverlauf. Andererseits spricht das Vorkommen im Hirnschenkel vorzugsweise zunächst der Pia m., wiederum mehr für einen localen Grund. Die Localität der inneren Kapsel, der Parthie unterhalb des Linsenkerns und der Einstrahlung weisser Substanz in denselben, wo überall in einzelnen Fällen sich sparsame Körnchenzellen fanden, giebt der Vermuthung weitere Nahrung, dass der Linsenkern hier wohl der Ausgangsheerd der Körnchenzellen-Entwickelung nach abwärts sein möge. Dass er es jedoch nicht ausschliesslich sei, liessen die anderen Fundorte vermuthen, (Schleife etc.) in denen sich in einzelnen Fällen Körnchenzellen fanden. — Was die etwaigen Beziehungen der Sensibilitätsabnahme zu der Körchenzellen-Entwickelung im Rückenmarke betrifft, so waren die Sensibilitätserscheinungen in 1 Falle nicht hinreichend erforscht, von den übrigen zeigten 6 eine geringere, oft vorübergehende, 3 eine grössere, dauernde Sensibilitätsabnahme. Die erstere Kategorie (geringere Sensibilitätsabnahme) zeigte in den Hintersträngen 2 mal viele, 2 mal sparsame, 2 mal keine, in den Seitensträngen 4 mal sehr viele, 1 mal sparsame, 1 mal keine Körnchenzellen. Die 2. Kategorie (grössere Sensibilitätsabnahme) zeigte in den Hintersträngen keine, in den Seitensträngen 1 mal sehr viele, 1 mal mässig viele, 1 mal keine Körnchenzellen. Es findet daher keine Beziehung statt zwischen dem Körnchenzellen-Gehalte in den Hinter- und Seitensträngen und dem Grade der Sensibilitäts-Abnahme. In 2 Fällen ferner, wo sich rechts eine grössere Sensibilitäts-Abnahme als links er-

geben hatte, war die Vertheilung in den hintern Abschnitten der Seitenstränge (in den Hintersträngen fanden sich keine Körnchenzellen) eine gleichmässige.

Was die etwaige Beziehung der Motilitätsabnahme zu dem Reichthum an Körnchenzellen betrifft, so sind hier als 2. Stufe diejenigen Fälle bezeichnet, in denen der Gang vollständig aufgehoben war, während die nicht bis zu dieser Entwickelung gediehenen Fälle als 1. Stufe bezeichnet sind. Es ergiebt sich dann, dass bei 3 Fällen der 1. Stufe sich in den Vordersträngen in 1 sehr wenige, in 1 sparsame, in dem 3. viele, in den Seitensträngen in 1 mässig viele, in den beiden anderen sehr viele Körnchenzellen fanden. Bei 7 Fällen der 2. Stufe waren in den Vordersträngen bei 2 keine, bei 1 vereinzelte, bei 2 sparsame, bei 2 ziemlich viele, in den Seitensträngen bei 1 keine, bei 1 sparsame, bei 5 mässig viele bis sehr viele Körnchenzellen. Ferner war in 2 Fällen, wo die Motilität dauernd rechts mehr beeinträchtigt war, ein grösserer Reichthum an Körnchenzellen auf einer Seite der Vorder- und Hinterseitenstränge nicht zu konstatiren. In 1 Fall, wo die Körnchenzellen im Vorderstrange nur rechts konstatirt wurden, war ein Unterschied im Grade der Motilitätsstörung auf beiden Seiten nicht vorhanden (ähnlich ein 2. Fall). Es ergiebt sich daher wiederum kein Parallelismus zwischen dem Grade und der Seite der Motilitätsstörungen einerseits und der Zahl und Verbreitung der Körnchenzellen andererseits.

Man ist daher bei der Dem. paral. sowohl von anatomischer Seite (Kz-Verbreitung), als auch von klinischer (Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen) auf eine mehr centrale Stelle des Nervensystems als Ausgangspunkt gewiesen, mag man nun die Basalganglien, oder noch mehr central gelegene Stellen zu beschuldigen geneigt sein. Bezüglich des anatomischen Befundes gelangt zu demselben Schluss z. B. *Arndt* (Archiv f. Nkhten. II. S. 771).

Was die Beziehung des Zustandes der allgemeinen Ernährung auf das Vorkommen von Körnchenzellen im Rückenmark betrifft, so wies der Fall mit keinen Körnchenzellen eine sehr gute Ernährung und einen plötzlichen Tod auf; von 4 Fällen mit wenigstens stellenweise mässig vielen Körnchen-

zellen zeigten 3 eine grosse Abmagerung, 1 eine mässige Ernährung. Von 5 Fällen mit wenigstens stellenweise sehr vielen Körnchenzellen zeigten 3 eine bedeutende Abmagerung, 1 eine mässige, 1 eine ziemlich gute Ernährung. Bezüglich der letzten beiden Kategorien muss noch der Einfluss einiger Krankheiten erwähnt werden, welche Fieber und einen veränderten Zustand der Säfte zu erzeugen im Stande sind. Es fand nämlich unter den 4 Fällen der 2. Kategorie 2 mal der Tod vom Nervensystem aus statt, 2 mal an Decubitus, worunter 1 mal mit Nierenvereiterung. Unter den 5 Fällen der letzten Kategorie, fand sich 2 mal starker Decub., 1 mal Lungentuberk., 1 mal ein länger sich hinziehendes Erysipel der linken Unterextremität mit Pneumonie, 1 mal Pneumonie. Wenn demnach auch eine herabgekommene etc. Ernährung einflussreich auf das Zustandekommen der Körnchenzellen ist, so findet doch kein Parallelismus beider Erscheinungen statt.

Es folgt die genauere Mittheilung desjenigen Falles von Dem. paral., bei dem die Untersuchung des frischen (und gehärteten) Präparats keine Kz im Rückenmark ergab.

C. Schmidt 43 J.*

Erblichkeit. 12 Jahre vor dem Tode apoplectif. Anfall, nach welchem Geistesschwäche eintrat. Nach 8 Jahren melancholische Tobsucht, die sich nach einer Reihe von Monaten sehr minderte. Schwachsinn mit optimistischer Gemüthsstimmung. Motilität sehr beeinträchtigt in Gang und Sprache. Schmerzempfindlichkeit gut erhalten. Reflexsensibilität sehr gesteigert. Starkes Zittern. Spannung der Glieder bei passiven Bewegungen. Convulsivische Anfälle. —

Section: Weiche Hirnhäute sehr getrübt und verdickt, Ventrikel erweitert. Consistenz des Gehirns und Rückenmarks sehr vermehrt. Herz hypertrophisch, Aorta atheromatös. — Mikrosk.: Am frischen Präparat am Rückenmark fast keine Kz.-Zunahme des Bindegewebes. Am gehärteten Präparate evident nachweisbar die Zunahme der bindegewebigen Septa zwischen den Nervenfasern in den Hinter- und Hinterseitensträngen. Zunahme des Bindegewebes der weissen Substanz des Gehirns. — Epikrise. Mutter melancholisch, Vater starb an Altersblödsinn. In der Ehe später eifersüchtig. 8—9 Jahre vor der Aufnahme (1. 4. 64) angeblich Gehirnentzündung, beginnend mit apoplectiformem Anfall. Nach dieser Krankheit trat zuerst ein Verlassen der Gedankenreihen und Schwerfälligkeit der Sprache hervor. Nach einem Jahre wurde er stiller als gewöhnlich, dabei äusserst träge und schlief viel. Der bei der Aufnahme vorhandene Zustand, Verfolgungswahn mit Tobsucht seit 6—7 Monaten, nachdem schon

einige Monate vorher Misstrauen gegen die Umgebung hervorgetreten war. Hier legte sich die Aufregung bald, es traten noch öfter nächtliches Lautsein und Schimpfen durch Gehörs- und Gemeingefühlsstörungen bedingt ein, während Pat. im Uebrigen still, freundlich und gefügig mit optimistischer Gemüthsstimmung ohne besondere Wahnideen war. Ein nicht unbedeutender Schwachsinn war vorhanden. Die Motilität war wesentlich beeinträchtigt. Der Gang war schwankend und unbehülflich, er konnte nicht allein auf einen Stuhl steigen. Anfangs schwankte er bei verbundenen Augen etwas mehr als bei offenen, konnte sich dann auch nicht herumdrehen, später jedoch war bei dem oft wiederholten Versuch zu constatiren, dass er bei verbundenen Augen nicht mehr schwankte als bei offenen. Die Sprache zeigte sich gelähmt, sehr gedehnt und erfolgte die Articulation schwierig und unter Anstossen. Bei einem mässigen Grade von Aufmerksamkeit konnten einige Sensibilitätsprüfungen gemacht werden. Die Localisation berührender Eindrücke erfolgte nur mit mässigem Irrthum, bei der Abschätzung von aufgelegten Thalerstücken wurde mehr geirrt, 2 Cirkelspitzen wurden in grossen Entfernungen als 1 empfunden, dagegen ergab sich anhaltend die Schmerzempfindlichkeit gegen leichte Nadelstiche an Ober- und Unterextremitäten normal. Während des Jahres 1866 zeigten sich namentlich subjective Gemeingefühlsstörungen, indem er sehr oft angab, von Spinnen gestochen zu werden. Die Reflexsensibilität zeigte sich bedeutend erhöht, wie theils aus dem Zusammenfahren bei plötzlicher Handbewegung gegen ihn, theils aus dem Zucken bei leichten Nadelstichen hervorging. Zu den constantesten Symptomen gehörte ein starkes Zittern aller Glieder, welches bei Bewegungen und immer bei mangelnder Unterstützung eintrat, welches durch seine Heftigkeit zuweilen an Paralysis agitans erinnerte und welches mit den Jahren mehr und mehr zunahm. Zu bemerken ist ferner eine in den letzten Jahren noch mehr hervortretende Spannung der Glieder, wie sie bei passiven Bewegungen derselben hervortrat und die z. B. bei passiven Bewegungen des Ellbogengelenks sich durch einen grossen Widerstand unter starkem Schütteln und stossweisen Bewegungen äusserte. Ferner trat um dieselbe Zeit ein krampfhaftes Festhalten dessen auf, was er einmal erfasst hatte. — In den letzten Jahren wurden hier wiederholt convulsivische Anfälle beobachtet, so 30. 3. 67 krampfähnliche Bewegungen am linken Bein und Arm, ebenso im Gesicht, (hier rechts weniger), während das rechte Bein und Arm gelähmt waren, ein bedeutenderer 7. 3. 68, vorher Erbrechen, dann Krampfanfall mit Zuckungen der Gesichtsmuskeln rechts, Körpermuskeln links. Blässe des Gesichts. Dauer circa 6 Stunden. Noch bis zum 10. blieb dagegen eine grössere Starre im linken Arm, Hand, Bein mit grösserer Reflexreizbarkeit hier als rechts, und Erweiterung der linken Pupille. — In den letzten Lebensjahren war der Gang und die Sprache unmöglich geworden, auch die Bewegungen der Arme sehr beeinträchtigt. Der Tod erfolgte plötzlich unter Erbrechen, Abgang theerartiger Massen, schnellem Collapsus nach 2tägiger Krankheitsdauer.

Die Hauptsectionsbefunde 30. 4. 68 waren folgende: Sehr starkes Fettpolster. Weiche Hirnhäute sehr getrübt und verdickt. Die Trübung erstreckte sich von oben her auf die Convexität des Stirn- und Scheitelhirns, auch in den Anfang der Foss. Sylv., jedoch nicht ganz bis zur Basis, war rechts in höherem Grade vorhanden. Die Hirnhäute schwer, an einigen Stellen nicht ohne Substanzverlust abzuziehen. Das Gehirn sehr consistent. Die Windungen prall aneinander liegend, obgleich theilweise atrophisch. Die obere Kante beider Hemisphären sehr scharf. Gehirn blutarm, auch die graue Substanz. Die Ventrikel erweitert und mit Granulationen besetzt; namentlich im 4. Ventrikel. Hirnmantel beiderseits von gleichem Gewicht. Dies $32\frac{1}{2}$ Unze. Hirnstamm und Kleinhirn zusammen $8\frac{1}{4}$ Unze. Rückenmark hinten mit einigen Knochenblättchen belegt, sonst bleich und von grosser Consistenz. Herz hypertrophisch. Aorta asc. atheromatös, auch mit Geschwüren, ebenso die Aorta desc. Oberhalb der Aortaklappen ein die Aorta verengender, das ganze Lumen umgebender, fibröser Ring. Die Schleimhaut des Magens, oberer Theil des Dünndarms sehr injicirt, zum Theil von ganz schwärzlichem Aussehen, etwas schwärzlichem Inhalt.

Die mikroskopische Untersuchung (350fach) des frischen Rückenmarks ergab fast keine Kz. Dagegen ergaben Zerzupfungspräparate ausser markhaltigen Fasern und solchen Fasern, die sich durch ihre gleichmässige Beschaffenheit, durch ihre mässige oder etwas schwächere Lichtbrechung als Axencylinder documentirten, ganz feine blasse Fasern, theils in derselben Richtung, theils sich durchkreuzend und ein netzförmiges Gefüge bildend, ferner sehr breite blasse und durchscheinende Fasern, ferner noch breitere bandförmige, sehr blasse Fasern. Nach Zusatz von Essigsäure schwanden die feinen Fasern grösstentheils, es waren noch breite blasse Fasern, ferner hellere, sich scheinbar verästelnde, ferner dicke gelockte Bindegewebsbündel vorhanden. Aehnliche Befunde ergaben sich namentlich in Hinter- und Seitensträngen. — In der grauen Substanz der Gyri ergaben sich ausser pigmentirten Ganglienzellen etc. am Rande des frischen Präparats feine Fäden, eben solche dünne blasse Fasern in grosser Anzahl aus der weissen Substanz der Gyri, ferner solche, die sich verästelten. Nach Essigsäure Aufhellung. — Die Untersuchung von zerzupften Querschnitten aus dem mit chroms. Kali (Gr. 10 auf die Unze) gehärteten Dorsal-Rückenmark ergab u. A. Fasern, welche sich durch die Kleinheit und Theilung, theils durch ungleichmässige Dicke und den Zusammenhang mit Gefässen als Bindegewebsfasern documentirten. —

Die Untersuchung der mit ammoniakalischer Carminlösung, Alkohol, Terpenthinöl, Canadabalsam behandelten Querschnitte ergab: 1) Die Hinterstränge zeigten an einzelnen Stellen sowohl einzelne Nervenfasern, als kleinere und grössere Gruppen von solchen mit verdickten Bindegewebsepten umgeben, theilweise so dicken, dass sie offenbar die Stelle von Nervenfasern eingenommen hatten. — 2) In den Hinterseitensträngen ergaben sich, neben normal aussehenden Parthien solche, in denen Gruppen von Nervenfasern

rosenröthliche (z. Th. mehr dunkelrothe) Bindegewebsstrata zur Umgebung hatten. — Dieselben fanden sich sowohl in der Richtung der Pia-Einstrahlungen gegen die graue Substanz, als auch in gegen diese querer Ausdehnung und in unregelmässiger Weise. Die queren Balken zeigten oft einen Durchmesser bis zu 0,005 Linien und mehr. Auch die Septa zwischen den einzelnen Nervenfasern zeigten sich dann noch mehrfach verbreitert. Beim Zusammenstossen der letzteren ergaben sich dickere, knotige, dreieckige Anschwellungen. Demgemäss zeigten sich die Nervenfasern theils von normalem Ansehen, theils zeigten sich Anschwellungen des Axencylinders, theils waren sie von sehr geringem Durchmesser, theils offenbar durch die angeschwollenen Septa verdrängt. Dies Alles gilt von den Hinter- und Hinterseitensträngen.

Die Entwickelung von fasrigem Bindegewebe im Gehirn bei Dem. par. über den normal vorkommenden Grad hinaus, ist von mehreren Forschern behauptet wurden, so in den letzten Jahren von *Schüle* und neuerdings von *Obersteiner*. Derselbe sagt (Centrbl. für Psych. 1871 S. 82): ein starr faseriges verfilztes Netz durchsetzt ausser dem physiologischen Stützgewebe das Gehirn, und indem sich das neugebildete Bindegewebe an die schrumpfenden Nervenelemente legt, kommt es zur Sklerose mit Atrophie. Ferner *Jastrowitz* Archiv f. Nkht. III. S. 485. Wenn *Simon* (Archiv f. Nkhten. II. S. 109 ff.) die Sklerose der weissen Hirnsubstanz als charakteristische anatomische Grundlage für die tabische Dement. betrachten will, so ergiebt vorstehender Fall', dass dieser Befund auch bei der gewöhnlichen Dement. par. vorkommen kann. Bezüglich des Rückenmarksbefundes ist zu bemerken, dass die Hinter- und Seitenstränge dasselbe Bild darbieten, wie es bei Kz-Entwickelung in ihnen bei Dem. par. charakteristisch ist. Wenn man hiermit *L. Meyer*'s Beobachtungsresultate zusammenhält, dass bei der fettigen Entartung der Gefässe, diese nur ein Durchgangsstadium bildet, dem später die Sklerose und Obsolescenz der Gefässe folgt, so liegt derselbe Gedanke nahe für die Kz-Entwickelung im Rückenmarke überhaupt. Es kommt dabei die 12 jährige Dauer des Krankheitsfalles in Erwägung. Bemerkenswerth ist, dass auch bei *Simon*'s Fällen von Dem. par. ohne Kz. im Rückenmark (Archiv II. S. 328 ff.) F. 24—26 eine 8 und 12 jährige Krankheitsdauer sich findet (in 2 F. auch apoplektif. resp. epileptif. Anfälle, die beiden ersten mit

Abnahme der Sensib., ferner motor. Störungen, in 1 F. choreaartige Bewegungen). Dass jedoch die Dauer der Krankheit keinen Maassstab abgibt für das Vertretensein der Kz., zeigt die obige Zusammenstellung. Man könnte aus dem erörterten Fall folgern, dass die specielle Untersuchung auf Bindegewebsentwicklung, namentlich am gehärteten Präparate, nöthig ist, um einen Process im Rückenmark auszuschliessen, dem vielleicht nur für einen bestimmten Zeitraum Kz. charakteristisch zukommen. Dies würde gegen *L. Meyer*'s Anschauung sprechen, nach der man vielleicht folgern würde: da die Ernährung eine sehr gute war, der Tod plötzlich erfolgte, so fand man keine Kz. Aber in diesem Fall hätte man auch nicht den anderen Theil dieses Prozesses, die Bindegewebsentwickelung finden dürfen.

Auf der anderen Seite erhebt sich die Frage, ob nicht der Fall bei der langen Dauer, und bei dem stets bei mangelnder Unterstützung hervortretenden Zittern, starken Schütteln bis zum Stossen, bei dem krampfhaften Festhalten des Ergriffenen, bei der theils mehr allgemeinen, theils nach den Anfällen mehr partiellen Starre der Glieder, bei der gesteigerten Reflexreizbarkeit, so wie anatomisch bei der sehr vermehrten Consistenz des Hirn- und Rückenmarks ein eigenthümliches Gepräge habe. Man muss auch bezüglich der obigen Ausführungen *Obersteiner*'s bemerken, dass jener Befund von Sklerose des Hirns etc. durchaus nicht ein beständiges Durchgangsstadium bei Dem. par. sei. *Schüle* hebt in seinem letzten Fall von Hirn-Rückenmarks-Sklerose (Deutsches Archiv 1871. 3. und 4. Heft) ausser den dissemenirten Plaques im Gehirn noch den diffusen Prozess im Gehirn und Rückenmark hervor. Es liegt daher der Gedanke nahe, ob nicht ein Zusammenhang, ein theilweises Zusammenfallen stattfinde zwischen manchen Stadien und Formen der Dement. par. und der dissemenirten (und diffusen) Sklerose des Hirns und Rückenmarks, mit welcher die zuletzt mitgetheilten eigenthümlichen Züge dieses Falles, so wie ein Theil des anatomischen Befundes übereinstimmen. —

- - ---

Es folgt jetzt eine Gruppe von 6 Fällen, bei denen nicht

die Diagnose der Dem. par. gemacht wurde, und die, meist in charakteristischer Beziehung zu bestimmten Hirnbefunden, theils eine geringe, in der Regel eine grössere Anzahl freier Kz. im Rückenmark ergaben. Sie haben sämmtlich auch anderweitiges pathologisches Interesse.

Beob. 1. Joseph Becker, 49 J.

Erbl. Epilepsie seit früher Kindheit. Intellectuell und moralisch verkommen. Geisteskrankheit angeblich seit 3 – 4 Jahren nach Häufung epileptischer Anfälle Griff jedes weibliche Wesen an. Vollständiger Blödsinn, Blindheit. Unbehülflicher Gang, steht jedoch mit verbundenen Augen ebenso sicher. Reagirt gut auf Nadelstiche. Hier einige epilept. Anfälle. Ausserdem zu Zeiten 1 Tag lang dauernde Erschütterungen der Glieder und anschliessend Tage lang Starre der Glieder und Halsmuskeln, meist rechts in höberem Grade. Reaction auf Stiche dabei rechts geringer als links.

Section: Türkensattel und Anfang des Clivus herabgedrückt und atrophisch. Frisches Handtellergrosses Blutextravasat auf der Convexität der r. Hemisphäre. Linke Hemisphäre schmaler und mehrfach fluctuirend. Pia mater bis auf's Hinterhauptshirn excl. meist ohne Substanzverlust abzuziehen. Bedeutende Verkümmerung links der 2. Stirnwindung oben und auf der Orbitalfläche, weniger der 1., ferner des Unterscheitelläppchens, der 2. und 3. Schläfenwindung, weniger des Gyrus hippoc. etc. Bedeutende Erweiterung der Seitenventrikel (in sehr hohem Grade links), aller Hörner und des 3. Ventrikels. Atrophie der Sehnerven. Pia des Pons und der Medulla oblongata verdickt und geröthet. Aprikosengrosse Geschwulst (theils zwischen Fornix und Balken links, theils auf dem linken Thal. opt. aufruhend. Atrophie der Thal., bes. links, C. Ammonis links schmäler. Rückenmark hinten verwachsen. Pia vorn bis über die Halsanschwellungen geröthet und verdickt, hinten von der Halsanschwellung nach unten verdickt und getrübt. Herz dilatirt, rechts mit Verdünnung der Wand. — Mikr.: Vorderstränge links enthielten sparsame Körnchenzellen in der Halsanschwellung, vereinzelt ober- und unterhalb derselben. Die Hinterseitenstränge rechts enthielten erst oberhalb des unteren Drittels des Dorsalmarks ziemlich viele Körnchenzellen, weiter abwärts bis in die Lendenanschwellung sehr viele, oberhalb bis zum oberen Ende mässig sparsame, links fingen sie erst im oberen Dorsalmarke an, waren in der Lendenanschwellung nicht mehr vorhanden, waren überall sparsamer als rechts. Die Hinterstränge zeigten nach oben hin sparsame, vom mittleren Dorsalmark an sehr viele, im unteren Drittel wieder sparsame, in der Lendenanschwellung wieder zahlreiche Körnchenzellen. — In der linken Pyramide waren mässig viele, in der rechten weniger, im Hirnschenkel keine Körnchenzellen.

Vater imbecill. Epilepsie seit früher Kindheit. Dumm. Früher Onanie, sorgte nie für seine Familie. Trunksucht. Umgang mit Weibern. Geisteskrankheit angeblich seit 3 bis 4 Jahren nach Häufung der Krämpfe,

6—8mal in 1 Tage Greift jedes weibliche Wesen an, auch seine eigenen kleinen Töchter. Blödsinn. Wollte sich den Hals abschneiden. In dem Bericht wird seine beschwerliche Sprache hervorgehoben. Aufgen. 21. 8 71. Hier ergab sich vollständiger Blödsinn. Er sprach anfangs einzelne Worte, namentlich seinen Namen, langsam und beschwerlich, später bei andauernder grosser Benommenheit Nichts. Früher angeblich Gesichtshallucinationen. Sehvermögen sehr beeinträchtigt. Schien anfangs zeitweise etwas sehen zu können, schloss die Augen beim Hinführen der Finger gegen dieselben. Später sah er nicht mehr, auch evident keine Reaction der gleich- und mittelweiten Pupillen. Augenaxen immer parallel. Unbehülflicher Gang, schwankte etwas beim Stehen, mehr bei dicht aneinander gestellten Füssen, vielleicht mehr bei geschlossenen Augen. Später konnte Letzteres bei verbundenen Augen nicht constatirt werden. Reaction gegen Nadelstiche normal. Ein genuiner epilept. Anfall wurde am 27. 10. beobachtet, ausserdem 2 vermuthet. Wiederholt wurden dagegen anfangs leichte vorübergehende Zuckungen und später solche mit folgenden länger dauernden Erschütterungen in den Gliedern beobachtet, meist in comatösem Zustande. Nachdem dieselben, zuletzt nur leichtes Beben in den Muskeln zugleich mit Starre der Glieder einen Tag lang gedauert hatten, hielt letztere noch eine Reihe von Tagen an, ging jedoch zuweilen den Erschütterungen auch 1 Tag lang vorher. Während in seinem gewöhnlichen Zustande seine Glieder passiven Bewegungen einen nicht unbedeutenden Widerstand entgegensetzten, im Elbogen bei der Streckung, weniger oder nicht bei der Beugung, im Kniegelenk umgekehrt, wobei jedoch active Bewegungen nicht ausgeschlossen waren, wurden in jenem Zustande vermehrter Starre sämmtliche Glieder in bestimmter Lage festgehalten, mitunter jedoch beim Nachlass auch Bewegungen ausgeführt. Das Bild der Muskelspannung war nicht immer gleich. So war er am 30. October nach einem wahrscheinlich Nachts vorher erfolgten epileptischen Anfalle, comatös, leichte Erschütterungen in den Gliedern. Arme gebeugt, mehr Spannung im rechten Arm als links. Das rechte Bein gestreckt, mehr starr, als das linke, gebeugte. Am 1. 11. ausser dem noch: rechte Pupille erweitert, Kopf nach rechts gerichtet, leichter nach der rechten Seite zu beugen, als nach der linken. Am 6. 11. wieder in seinem früheren Zustande. Am 17. 11. war das Bild: Gestern vorübergehende Erschütterungen in den Gliedern. Jetzt soporös, ganz starr in den Gliedern. Starke Spannung in den Schultern, Elbogen, mit Pronation, übrigens nicht an Handgelenk und Fingern, Beine in Extension, Spannung in allen Gelenken, nicht an den Zehen. Kopf nach rechts, leichtes Beben in den Gliedern. So noch einige Tage. Wiederum trat seit dem 11. 12. ein soporöser krampfhafter Zustand ein, P. 29, Schluckvermögen anhaltend aufgehoben 13. 12. rechts hinten am Thorax etwas gedämpfter Ton etc., keine klonischen Erscheinungen mehr. Starre der Arme, bes. rechts spastische Contractur, links ähnliche Starre, doch paralytisch (konnte leicht in die richtige Lage zurückgebracht

werden, nicht rechts). Dagegen war jetzt das linke Bein mehr starr als das rechte, auch gestreckt, das rechte gebeugt. Zugleich von Anfang dieses Anfalls schnarchendes Athmen durch Lähmung der Heber der Nasenflügel bei der Inspiration bedingt. Bei verstärkten Hustenstössen mit letzteren synchronische Zuckungen der Arme. Anhaltend leichtes Oscilliren der Augen. Pup. eng, gleich. Am 15. 12. noch ähnlich, Spannung doch geringer. Am meisten jetzt an den Fingern, Handgelenk, dann am Elbogen, wenn ein stumpfer Winkel überschritten wird, nicht an den Schultern, linker Arm ebenso, linkes Bein etwas mehr starr als rechts. Auf Stiche überall nach einiger Zeit Reaction, zuerst Bewegung des betreffenden Gliedes, dann schmerzhaftes Stöhnen (ebenso während der früheren Anfälle). Am wenigsten Reaction am rechten Vorderam und Hand, dann am rechten Bein, dann rechte Gesichtshälfte, links überall etwas mehr Reaction.

Section 16. 12. 71 (7 St. p. m.): Ernährung mässig. An den Scheitelbeinen sehr starke Impressionen für Pacchionische Granulationen. Sinus mit Blut- und Fibrincoagula gefüllt. Die Sinus transv., auch beide For. jug. weit. Die Proc. clin. post. und anteriores, ebenso der Türkensattel sehr niedrig, die Knochenlamelle desselben so verdünnt, dass sie bei der Herausnahme der Gland. pit. mit herausgeschnitten wird. Der Anfang des Clivus sehr flach, das untere Ende mehr steil. Auf den mittleren Schädelgruben befinden sich beiderseits viele linsengrosse Stellen, an denen etwas Hirnsubstanz wegen Verwachsung der Pia mater haften geblieben ist. Die Pia mater sehr blutreich. Starke Füllung der Venen. Zwischen Dura und Pia mater der Convexität der rechten Hemisphäre ist ein halbgeronnener, bis 2 Linien dicker Handtellergrosser Bluterguss. Die linke Hemisphäre erscheint etwas schmaler als die rechte, enthält an der Convexität am Scheitel- und am Hinterhauptshirn einen Eindruck, ebenso links an der Orbitalfläche. An diesen Stellen stellt sich Fluctuation heraus. Das Corp. call. ist am vorderen Theil nach unten eingebuchtet. Die Windungen des Grosshirns schlossen an einander, es zeigte sich kein Hervorragen und kein Klaffen, dagegen zeichneten sich eine Reihe von Windungen durch sehr grosse Schmalheit, sehr geringe Höhe, z. Theil auch durch gelbliche Verfärbung aus. Die Pia mater stellenweise, besonders am Stirnhirn etwas getrübt, vielfach verdickt, zum grössten Theil ohne Substanzverlust abzuziehen. An anderen Stellen war jedoch Letzteres nicht möglich, so namentlich am Hinterhauptshirn. So konnte links der Hinterhauptseinschnitt wegen Verwachsung der Häute nicht bloss gelegt werden. Was die einzelnen verkümmerten Windungen betrifft, so waren die Centralwindungen links nicht verkümmert, sie schienen im Gegentheil etwas voluminöser und waren auf der Medialseite höher als rechts. Am Stirnhirn erschien auf der Convexität die 2. Stirnwindung sehr atrophisch, in geringerem Grade die 1. (nach *Ecker*'s Bezeichnung). Auf der Orbitalfläche war ebenfalls die 2. Windung am meisten betroffen, weniger die 3. äussere (nach *Weisbach*'s Bezeichnung war am meisten der Gyrus med., weniger der Gyrus ext., am

wenigsten der Gyrus int. ergriffen, frei waren der Gyrus rect. und der Gyr. transv.). Am Scheitelhirn war das Oberscheitelläppchen wenig ergriffen, dagegen in sehr namhafter Weise das Unterscheitelläppchen, gleichmässig in seinen beiden Abtheilungen, dem Gyr. supra-marg. und supraangul. Am Hinterhauptshirn konnte eine Heraussetzung der Windungen nicht regelmässig erfolgen wegen Verwachsung der Häute, eine besondere Atrophie, verglichen mit rechts, schien nicht vorzuliegen. Am Schläfenhirn war der Gyrus hippocampi mit dem Haken mässig atrophisch, der Gyrus ling. gut erhalten, der Gyrus fusif. mässig atrophisch, am meisten das Convolut der 2. und 3. Schläfenwindung ergriffen, die 1. Schläfenwindung normal. Auf der Medialfläche zeigte sich der Gyr. forn. wenig oder nicht ergriffen, der obere Theil dagegen, mit Ausnahme der Parthie im Gebiete der Centralwindungen mehr oder weniger atrophisch.

Die Spitze beider Schläfenlappen war gelblich und bräunlich verfärbt, auch die Pia hier mit der Dura mater verwachsen. Die Verfärbung und Erweichung der Corticalsubstanz setzte sich nach innen fort, ging jedoch nicht auf die Insel über. Auch die anderen linsengrossen und noch kleineren Stellen, welche eine Verwachsung der Pia und Dura gezeigt hatten, boten jetzt ein löcheriges wie angefressenes Aussehen dar. An der Basis zeigten sich die Arterien normal mit Ausnahme einer einseitigen Verdickung der rechten Art. foss. Sylv. Die untere Wand des 3. Ventrikels (Tub. cin.) zeigte sich herausgebuchtet, bis zum Durchscheinen verdünnt und riss bald ein, worauf viel Serum sich entleerte. Die beiden Sehnerven zeigten sich auf dem Durchschnitt dünner und gelblich. Die Verfärbung und Verdünnung schien sich auch noch auf die Tract. opt. fortzusetzen. Die Pia und besonders Arachn. des Pons und der Med. oblong., deren vordere und auch hintere Seite sehr geröthet und verdickt. Die untere Fläche des Kleinhirns etwas getrübt.

Bei der weiteren Untersuchung des Gehirns ergab sich eine bedeutende Ausdehnung der seitlichen und des 3. Ventrikels. Der linke Seitenventrikel war im Vergleich mit dem rechten ausserordentlich erweitert. Die Erweiterung erstreckte sich gleicherweise, und ebenso auf der linken Seite überwiegend, auf das Vorder-, Hinter- und absteigende Horn. Das Ependym war gelblich verfärbt und lederartig verdickt, sehr zähe und stellenweise bis mehr als $^1/_2$ Linie verdickt. Es waren vielfach Granulationen vorhanden, welche eine ausserordentliche bis zu Linsen-Grösse erreichten. Besonders gross, bis zur Grösse einer kleinen Erbse waren die Granulationen im 4. Ventrikel, besonders am Cal. script. Auf der Mitte des 4. Ventrikels hatte an einem Durchschnitt das Ependym eine Dicke bis zu $^3/_4$ Linie, derbe Consistenz und wie die Granulationen graulich durchscheinendes Aussehen.

Das hintere Ende des Balkens war in die Höhe gehoben durch eine unter ihm befindliche, blaurothe Geschwulst, von mehr als Aprikosengrösse. Sie befand sich auf der linken Seite z. Th. zwischen Balken und hinterem

Schenkel des Fornix, doch war letzterer, in den die Geschwulst hineingewachsen war, auch in die Höhe gehoben, es fand eine Verwachsung der Geschwulst mit dem Plex. chor. statt, so dass jene eine grosse Communication zwischen den Seiten- und dem 3. Ventrikel vermittelte. Sie war theils fest, theils etwas weich und zeigte auf dem Durchschnitt theils dasselbe blaurothe Gefüge, theils feste, weisse, bis zu 3—4 Linien breite, durchziehende Balken, welche auf dem Durchschnitt keinen Saft beim Herüberstreichen des Messers entleerten. Die Vierhügel ergaben äusserlich keine besondere Veränderung, auch keine Ungleichseitigkeit. Der Aquad Sylv. zeigte sich sehr erweitert, das Lumen jedoch zum Theil durch massenhafte Granulationen der genannten Art versperrt. So war die Höhe der Cc. quadrig. verringert. Die Thal. opt. traten sehr gegen die normal aussehenden Cc. striata zurück, waren verkleinert, besonders der linke, auf dem der genannte Tumor geruht hatte. Im Linsenkern, 3. Glied, rechts zeigte sich ein drusiges festes Concrement von mehr als Erbsengrösse, welches sich nicht schneiden liess.

Der Balken hatte an beiden Seiten ein ziemlich normales Aussehen und Dicke. Das Sept. pell. sehr zähe. Auf dem Quer-Durchschnitt durch den Balken und die Hemisphäre im Bereiche der Centralwindungen an beiden Seiten ein ziemlich gleichmässiges Bild. An den übrigen Stellen zeigte sich dagegen links ein nicht unbeträchtlicher Schwund gegen rechts. Derselbe war am Unbedeutendsten in der Höhe des Balkens und oberhalb und wurde sehr bedeutend an den Seitentheilen entsprechend der angeführten Atrophie der Windungen, so dass die weisse Substanz links stellenweise nur die Dicke einer Linie hatte. Auch die graue Substanz war stellenweise, im Bereiche der oben bezeichneten Windungen sehr verdünnt und gleichmässig gelblich und bräunlich verfärbt. Die Consistenz des Gehirns im Ganzen schien nicht besonders verändert. Das linke C. Ammonis war viel schmäler und kleiner, ebenso die Figur auf dem Querdurchschnitt verkümmert, in der Mitte an der Convexität war an einer Stelle die Windung unterbrochen. Die Pedunc., Pons, Med. obl. zeigten auf dem Durchschnitt keine besondere Veränderung. Rückenmark auf der hinteren Fläche zum Theil mit der Dura verwachsen. Die Pia mater war am Halstheile vorn geröthet und verdickt, bis über die Halsanschwellung stark pigmentirt, hinten von der Halsanschwellung an ziemlich verdickt und getrübt mit vielen grossen bis $^3/_4$ Zoll langen Knorpelplatten bedeckt. Auf dem Durchschnitt blutreich. Die Dura mater hinten stark geröthet und injicirt. Herz dilatirt, der rechte Ventrikel verdünnt und die Fettschicht drang stellenweise bis zum Endocardium, Klappen normal. Lobäre rothe Hepatisation von mässigem Umfange im rechten unteren Lappen. Milz gross, von festem Gefüge. Leber, Nieren normal, Blase nicht stark ausgedehnt.

Bezüglich des Gewichts des Gehirns und seiner einzelnen Theile ist Folgendes zu bemerken:

Die Trennung ist gemacht nach *Meynert's* Angaben Vierteljahrsschrift

für Psychiatrie 1867 S. 125 ff. — Gewicht des Gesammthirns 88½ Loth (2 Loth = 1 Unze).

Rechte Hirnmantelhälfte 31½ Loth, linke mit Geschwulst 25 Loth, die Geschwulst 1½ Loth.

Kleinhirn 10½ Loth, Hirnstamm 9½ Loth.

Stirnhirn rechts 12½ Loth, links 8½ Loth.

Scheitelhirn rechts 7¼ Loth, links 6½ Loth.

Hinterhaupts-Schläfenhirn rechts 12¼ Loth, links 8½ Loth.

Vordere Centralwindung rechts 2¼ Loth, links 2½ Loth.

Hintere Centralwindung rechts 2¾ Loth, links 3¼ Loth.

(Die Trennung der Centralwindungen für sich ist wegen der mannichfachen Verbindungen weniger genau).

Was die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks betrifft, so fanden sich in den Vordersträngen auf der rechten Seite keine Körnchenzellen, links waren sie oben bis zur Cervik.-Anschwellung vereinzelt, in dieser mässig sparsam, im oberen Dorsalmark wiederum vereinzelt, und weiter abwärts nur in einzelnen Schnitten zu entdecken. Stellenweise waren auch in den äusseren Parthien Körnchenzellen vorhanden. In den Hinterseitensträngen waren ganz oben dicht unter der Med. oblong. rechts mässig sparsame Körnchenzellen vorhanden, sie wurden erst etwas oberhalb des unteren Drittels des Rückenmarks ziemlich zahlreich, und waren noch bis zur Lendenanschwellung zahlreich und sehr zahlreich zu constatiren. Auf der linken Seite begannen sie oben erst im oberen Dorsalmark sparsam, wurden erst im unteren Dorsalmark mässig zahlreich und waren schon in der Lendenanschwellung nicht mehr zu constatiren. Sie waren auch im rechten, nicht linken. Vorderseitenstrang vereinzelt und sparsam vorhanden. In den Hintersträngen begannen die Körnchenzellen oben im Beginn der Cervikalanschwellung in sehr sparsamer Zahl, wurden vom oberen, besonders vom mittleren Dorsalmark an sehr zahlreich, wurden dann vom unteren Drittel desselben an wieder sparsam, in der Lendenanschwellung und etwas oberhalb derselben wieder zahlreich. Sie waren meist links zahlreicher vorhanden als rechts. Meist waren sie auch in den äusseren Theilen der Hinterstränge zu constatiren, jedoch mit nur einer Ausnahme (oberes Ende des unteren Drittels) innen, der Fissur zunächst, viel zahlreicher. — Ein Schnitt zwischen Pons und Med. obl. zeigte die linke Pyramide kleiner als die rechte, in beiden Körnchenzellen, am meisten in der Mitte und nach aussen, links stellenweise mässig viele, rechts nicht mehr als mässig sparsame. Ein Durchschnitt tiefer in der Höhe des Cal. script. ergab links dasselbe Resultat, rechts dagegen nur vereinzelte Körnchenzellen. Die Untersuchung der Hirnschenkel auf einem Querschnitt dicht am Pons und mehr central ergab an den verschiedensten Stellen keine Körnchenzellen. Die Untersuchung des linken Thal. opt. ergab ausser anscheinend normalen Nervenfasern gänzlich mit Pigment erfüllte Ganglienzellen.

Was das Verhältniss der Gefässe zu den freien Körnchenzellen betrifft,

so zeigten sich die Gefässe ausserordentlich wenig ergriffen. Sehr oft war zu constatiren, dass wo Körnchenzellen, viele und sehr viele sich zeigten, die Gefässe ohne Körnchenzellen waren, in anderen Fällen zeigten sich einige Körnchenzellen an den Gefässen. Im Hirnschenkel wurden einige Körnchenzellen an sehr grossen Gefässen, jedoch keine freien Körnchenzellen gesehen.

Was die epikritische Beurtheilung betrifft, so gaben sich die Erscheinungen passiver Blutstauung hinreichend zu erkennen. Besonders bemerkenswerth ist zunächst der Hydrops des 3. Ventrikels und dadurch bedingte Atrophie des Türkensattels, wahrscheinlich auch des dem Keilbein angehörigen Antheils des Clivus, vor Allem der Sehnerven. Was die Zeitdauer des Hydrops, sowie der Atrophie der Hirnwindungen betrifft, so wird man die Höhe derselben, abhängend von der Blutstauung und dem Reize durch den Tumor, keinenfalls von Kindheit an anzunehmen haben. Einerseits sprechen hiergegen die Krankheitserscheinungen, andererseits deutet die Ungleichmässigkeit der ergriffenen Windungen (vor Allem die 2., dann wechselsweise die 3., endlich auch 1. Urwindung) nicht auf einen mit der Entwickelung des Gehirns zusammenhängenden Ursprung. Endlich lässt auch die Grösse der sarkomatösen Geschwulst keine allzu lange Dauer voraussetzen. Der Grad der Atrophie der einzelnen Hirntheile wird am besten aus den Gewichtsverhältnissen sich ergeben. Berechnet man zunächst, um den Grad der Atrophie des linken Hirnmantels und seiner einzelnen Theile zu bestimmen, den Proc.-Satz der Hirntheile links zu denselben rechts, so ergiebt sich Folgendes:

Hirnmantel r. : l. = 100 : 75.
Stirnhirn r. : l. = 100 : 68.
Scheitelhirn = : 90.
Schläfenhinterhauptshirn : 69.

Berücksichtigt man dagegen, dass die Centralwindungen nicht an der Atrophie betheiligt waren, und dem Gewichte, und auch wohl dem äusseren Ansehen nach, das Verhältniss in entgegengesetztem Sinne veränderten, und zieht man daher das Gewicht der vorderen Centralwindung von dem des Stirnhirns, das der hinteren von dem des Scheitelhirns ab, so ergiebt sich Folgendes: Stirnhirn r. : l. = 100 : 59.
Scheitelhirn = 72.

Am meisten an der Atrophie betheiligt wäre demnach das Stirnhirn, das Scheitel- und Schläfenhinterhauptshirn ziemlich gleichmässig.

Berechnet man die pro mille Sätze des Hirnmantels, Stammhirns und Kleinhirns und vergleicht sie beispielshalber mit den Resultäten, welche *Meynert* l. c. S. 143 an 157 geisteskranken Gehirnen erhielt, so ergiebt sich Folgendes:

	Hirnmantel,	Stammhirn,	Kleinhirn,
	733	127	140
Meynert	785	105	111

Es ergiebt sich demnach, dass das relativ grösste Gewicht vom Kleinhirn, demnächst vom Stammhirn, das geringste vom Hirnmantel dargestellt wird.

Nach den beigebrachten Zahlen verhält sich das Kleinhirn zum Hirnstamm.

bei *Becker* = 100 : 90.
nach *Meynert* = 100 : 94.

so dass auch das Stammhirn an der Atrophie betheiligt ist. Berechnet man die pro mille Sätze des Stirnhirns, Scheitelhirns und Schläfenhinterhaupthirns zur Summe des Hirnmantels, so ergiebt sich Folgendes:

	Stirnhirn,	Scheitelhirn,	Schläfenhinterhauptshirn
Becker	379,	250,	374.
Meynert S. 152 :	414.	234,	350.

Es stehen demnach bei *Becker* das Scheitelhirn und Schläfenhinterhauptshirn ziemlich gleich, während das Stirnhirn am meisten an der Atrophie betheiligt ist.

Nach *Meynert* würde beim paralytischen Blödsinn der Hirnstamm und am meisten der Hirnmantel, am wenigsten das Kleinhirn, von den einzelnen Theilen des Hirnmantels das Stirnhirn am meisten vom Gewichtsverlust betroffen werden. Bei der Epilepsie war nach ihm am meisten das Kleinhirn, und von den einzelnen Hirnmanteltheilen das Schläfenhinterhauptshirn betroffen.

Anschliessend an den Befund im Gehirn, die grosse Atrophie des linken Hirnmantels fanden sich Körnchenzellen im Rückenmark, zu verfolgen in vorzugsweiser Entwicklung durch die linke Pyramide, rechten Hinterseitenstrang; im linken Vorderstrang waren sie ausschliesslich wenn auch sparsam vorhanden.

Es ist in diesem Fall die Epilepsie von Kind an notorisch und dem entspricht auch der Befund im linken Cornu Amm. Auf der anderen Seite liegen Thatsachen vor, welche den Fall zur Dem. paral. in nahe Beziehung bringen. Wenn auch die Auswahl der von der Atrophie ergriffenen Hirnwindungen eine für Dem. par. auffallende ist, so würden doch die Gewichtsverhältnisse charakteristisch sein und ist der Rückenmarksbefund hiermit übereinstimmend. Es passen dazu sehr wohl manche klinische Erscheinungen, die grosse Bewusstlosigkeit mit rücksichtsloser geschlechtlicher Erregung, die in Begleitung der convulsiv. Anfälle eintretenden Muskel-

spannungen etc. der schnelle Verlauf des neuen Zustandes. Es würde nach dieser Ausführung der Fall so liegen, dass im Verlauf einer lange bestehenden Krankheit (Epilepsie) sich die Bedingungen zur Entwicklung eines weiteren pathologischen Gehirnzustandes nebst zugehörigen klinischen Erscheinungen (Dem: paral.) zur Geltung gebracht haben. Aber dieser letztere bleibt nicht ohne individuelle Eigenthümlichkeiten, die grössere Muskelspannung und Sensibilitätsdefect rechts, in Beziehung zu der grösseren Hirnatrophie links, so wie die grosse Benommenheit in der letzteren Zeit, abhängig von dem bedeutenden Hirndruck. Die ersteren Eigenthümlickeiten finden ihre analoge Verwerthung für andere Fälle von Dem. par.

Beobachtung 2.

G. 73 Jahr. Ueber 2 Jahre vor dem Tode apoplectischer Anfall, nach demselben Abnahme des Gedächtnisses und ängstliche Ideen, $^1/_2$ Jahr nachher 2. Schlaganfall, seitdem ausgeprägte Melancholie. Hallucinationen fast aller Sinne, besonders schmerzhafte Sensationen und Empfindlichkeit gegen Druck am ganzen Körper, vorzugsweise an einigen Stellen. Empfindungsvermögen nach keiner Seite geschwächt. Motorische Schwäche, Spannung der Glieder bei passiven Bewegungen, Erweiterung der linken Pupille. — Section: Pacchymening. hämorh. Int.-Cyste mit veränderten Gewebstrümmern als Inhalt und lederartig verhärteten gelben Wänden, welche rechts den Gyr. temp. tert. und fusiformis einnahm, von der Spitze des Schläfenlappens bis zum Anfang des Hinterhorns reichte. Das rechte C. Ammonis grösser als links. Die Arterien der Basis sehr atheromatös, Carotis int. rechts vollständig unwegsam durch Verdickung der Wand. — Mikrosk.: Körnchenzellen im rechten Hirnschenkel (stellenweise ziemlich viele), in den Pyramiden (rechts in grösserer Anzahl) nämlich ziemlich viele, den Vordersträngen innen (rechts mehr) den Hinterseitensträngen (links mehr). Im Cervicaltheil weniger Körnchenzellen als im Dorsal- und Lendentheil, wo ziemlich viele Körnchenzellen.

November 1868 apoplectischer Anfall, war 2 Stunden bewusstlos, verliess nach 8 Tagen das Bett, von da an Abnahme des Gedächtnisses, auch Besorgniss wegen seines Seelenheils. 23/4. 69 — 2. Schlaganfall. Seitdem ausgeprägte Melancholie, Sorge wegen seines Auskommens, wahnsinnige Gewissensscrupel etc. Selbstmordneigung durch Herausspringen aus dem Fenster, mit Messern. Aufg. 24/4 70. Hier melancholische Gemüthsverstimmung und Wahnideen, ferner Gesichts-Illusionen und -Hallucinationen, Gehörshallucinationen, abscheulicher Geschmack von Allem, zuweilen bestimmter bitterer Geschmack, Vergiftungsideen, Schmerzen, Brennen, Gefühl von „Kaput sein" im ganzen Körper, Vollsein auf der Brust und dem Bauch,

zuweilen Sensat. am Mastdarm (Hämorrh.-Knoten), zuweilen, er liege ganz im Wasser. Ebenso grosse Empfindlichkeit überall gegen Druck, z. B. auch beim Waschen, speciell noch am Symp., Epig. und am Abdomen. Die Tastempfindlichkeit gegen Cirkelspitzen erschien nicht verringert (rechts vielleicht geringer als links); leichte Nadelstiche wurden als solche erkannt und schmerzhaft empfunden. Es war eine derartige motorische Schwäche vorhanden, dass er beim Gang durchs Haus unterstützt werden musste. Einseitige oder umschriebene Defecte traten nicht hervor. Sprache in der letzten Zeit unvollkommen articulirt, einzelne Consonanten und Silben verschluckt. Spannung der Arme bei passiven Bewegungen, die linke Pupille weiter. — Es stellten sich hier genuine epileptische Anfälle heraus, später häufiger, in Zwischenräumen von einigen Wochen. Der constante Strom von nur geringem vorübergehendem Einfluss. Circa 4 Wochen vor seinem Tode durch einen Fall im Zimmer Zerschmetterung des linken Os femoris in der Gegend des Trochanter, durch die Section bestätigt. Zunehmender Marasmus. In den letzten Tagen aufgehobene Empfindlichkeit auch gegen tiefe Nadelstiche.

Section 3/12. 70. (7½ St. p m.) Schädel so sehr mit der Dura m. verwachsen, dass letztere zur Abnahme des Schädeldachs durchschnitten werden musste. Pacchy. meningitis interna hämorrhagica auf den vordern, vorzugsweise auf den mittlern Schädelgruben, sich auch z. Th. über die Convexität des Gehirns erstreckend. Pia m. dünn, auf der Convexität etwas getrübt, mit viel Serum, lässt sich sehr gut abziehen. Eine Parthie des rechten Schläfen-Hinterhauptshirns, nämlich der Gyrus fusiformis und temp. tert. (nach *Ecker*) von gelbem Aussehen. Pia m. hier auch dünn, nicht ohne Substanzverlust abzuziehen. Das Gehirn ist in diesem Bezirk so weich, dass es einreisst, doch ist hier zunächst die weisse Substanz von weisser Farbe. Die Veränderung erstreckte sich nach vorn bis zur Insel, auf den Anfang derselben übergehend, nach hinten bis zum Beginn des Hinterhorns. Im absteigenden Horn des rechten Seitenventrikels war die nach aussen vom C. Ammon. liegende Wand braun verfärbt, verhärtet, so dass sie sich z. Th. lederartig anfühlte. Bei ihrem Einschneiden gelangte man in eine Cyste, von einzelnen Strängen durchsetzt, von dunkeln, rostfarbenen besonders auch einigen weisseren konsistenten Massen gefüllt. Die lederartigen Wände dieser Cyste, welche der äussern Verfärbung entsprachen, waren ½—¾ Lin. dick, erstreckten sich in den Windungen bis zur Grenze der Corticalschicht. Der rechte Streifenhügel war nach der Seite dieser Cyste, dem Ventrikel zugewendet, gelblich verfärbt, das 3. Glied des Linsenkerns in seinem äussersten Theil an der Cyste betheiligt, lederartig zähe und braun. Das C. Amm. war rechts auf dem Querschnitt grösser, als links. Arterien der Basis alle in hohem Grade atheromatös, am meisten die rechte Carotis int., und zwar beim Verlassen des Can. caroticus. Diese war ganz undurchgängig, indem die innern glatten Wände dicht an einander lagen, so dass also nur Verdickung der Wand vorlag.

Auch das im Can. carot. steckende centrale Stück schien ganz verstopft. Die Car. int. am Halse ganz normal bis oben hin. Von der unwegsamen Stelle erstreckte sich ein mit der Wand verwachsener Thrombus in die Art. corp. call. bis zum Abgang des Ram. comm., die übrigen Arterien der Basis durchgängig. Unterhalb der Arachn. an der Basis ein frisches Blutextravasat, welches von der Med. obl. über den Pons in die Foss. Sylv. bds. reichte, und die Ursprünge des Vagus etc. einhüllte. — Rückenmark etwas weich, blass, auf der hinteren Fläche der untern Hälfte viele grosse Knorpelplatten. Die Hinterstränge bis in die Seitenstränge erschienen unten mehrfach etwas blutüberfüllt, graulich. Gewicht des Gesammthirns 53 Unz., Grosshirnlappen rechts 20 Uz.; links 19½ Uz. Stirnhirn rechts 8½ Uz.; links 8 Uz. — Scheitelhirn rechts 4 Uz.; links 4 Uz. — Schläfen-Hinterhauptshirn rechts 7¼ Uz., links 7¼ Uz. — Kleinhirn 4¾ Uz., Hirnstamm 4¾ Uz.

Die mikroskopische Untersuchung des frischen Präparats ergab in den Vordersträngen, der Fissur zunächst, dann in den Hinterseitensträngen mässig viele Körnchenzellen, durch die ganze Ausdehnung des Rückenmarks, doch im Cerv.theil weniger. In den Hintersträngen sparsame und vereinzelte Körnchenzellen. Die Hirnschenkel (in der Mitte und nach aussen) und Pyramiden (Durchschnitt zwischen Pons und Med. obl.) enthielten Körnchenzellen, und zwar letztere nach unten in der Mitte und aussen, weniger innen. Sie fanden sich im Hirnschenkel nur rechts (sparsam und wenig), in der rechten Pyramide (hier ziemlich viele), im rechten Vorder- und linken Hinterseitenstrang waren sie viel bedeutender, als auf der anderen Seite.

Die Untersuchung des gehärteten Präparats ergab durch die gelbliche Färbung der betreffenden Parthien vielfach mit dem Obigen übereinstimmende Bilder, ohne jedoch für sich hinreichend überzeugend zu sein. Es erschien ferner im Cervicalmark, in den Hintersträngen ein schmaler gelblicher Keil bds., doch so, dass die der Fissur zunächst gelegene Parthie frei blieb. Die Keile waren an der Peripherie verbunden. Dies von oben bis in die Cervicalanschwellung, im Dorsalmark nicht mehr bestimmt. — Die Entstehung der Entartung des r. Schläfenlappens aus der Thrombose der Car. int. ergiebt sich leicht, wenn auch der unmittelbare Mechanismus sich jetzt der Beobachtung entzieht. Berechnet man in der für die vorhergehende Beobachtung mitgetheilten Methode die pro Mille Antheile einzelner Hirntheile zu einander, so ergiebt sich Folgendes:

	Hirnmantel	Stammhirn	Kleinhirn
	806	97	97
Geisteskr. überhaupt nach (l. c.)	785	105	111
G.		100	100
F. v. *Meynert*		94	100

Es ergiebt sich daher, dass das Kleinhirn den verhältnissmässig geringsten, das Stammhirn den mittleren Gewichtsantheil darstellt. Das Erstere

würde nach *M.* charakteristisch für Epilepsie sein. Die Verhältnisse der einzelnen Theile des Hirnmantels stellen sich folgender Maassen:

	Stirnhirn	Scheitelhirn	Schläfenhinterhauptshirn
	423	205	372
F. v. *Meynert*	414	234	350

Bei der Epilepsie traf nach *M.* der grösste Gewichtsverlust das Schläfen-Hinterhauptshirn, was bei *G.* nicht der Fall ist. An diesem Hirntheil findet jedoch eine grosse Zerstörung ohne Gewichtsverlust statt.

Die Rückenmarksentartung ist in diesem Fall für den Hirneinfluss charakteristisch. Die Störungen des Empfindungsvermögens in allen Qualitäten mit dem Charakter gesteigerter Erregbarkeit finden sich in ähnlicher Weise oft bei Melanch. mit Aufregung, dürften in dieser Entwicklung z. B. bei Dem. par. als etwas Ungewöhnliches bezeichnet, und können nicht auf die Körnchenzellen-Entwicklung im Rückenmark bezogen werden. Der von *M. Rosenthal* (Handbuch) bezeichnete Sitz des Krankheitsheerdes bei apoplektischen Anästhesien, die weisse Substanz zwischen Sehhügel und Linsenkern, mehr nach aussen hin, war hier den zerstörten Hirntheilen sehr benachbart.

Beobachtung 3.

Dina Brinkmann 72 J. Geisteskrank seit 20 J. vor dem Tode. Verrücktheit. Lange Jahre Erscheinungen der Knochenerweichung. In den letzten Jahren der Gang sehr unbehülflich, in den letzten Monaten unmöglich, konnte noch Arme und Beine im Bett bewegen, sich in Nichts mehr helfen, war im Rücken ganz steif. Schmerzen im ganzen Körper. Schmerzempfindlichkeit überall vermehrt. Später Contractur des Kopfes nach rechts, Parese des rechten Fac., Schielen. Veränderung der Stimme.

Section: Erscheinungen der Knochenerweichung, Pacchymening. cerebr. int. hämorrh. Windungen etwas atrophisch, Häute verdickt, Hirnconsistenz vermehrt. Auf der rechten Ponshälfte, in der Mitte eine mehr als erbsengrosse, liniendicke Stelle von graulich durchscheinendem Aussehen, Rückenmark grösstentheils von fester Consistenz. Pacchymening. int. spin. — Mikroskopisch: Die entartete Stelle im Pons ergab Bindegewebsfasern, amorphe Masse, Cc. amyl., Reste von Ganglienzellen. Im Rückenmark, Cervikalanschwellung im linken Vorderstrang vereinzelte Körnchenzellen und Gefässe mit Körnchenzellen, im linken Hinterseitenstrang zahlreichere, doch im Ganzen nur mässig zahlreiche freie Körnchenzellen, sonst keine Körnchenzellen. Epikrise. Aufnahme hierselbst 1850, nachdem sie 1 Jahr vorher erkrankt war. Melancholie, von Anfang an mit dem Charakter der Verrücktheit. Derselbe blieb mit einer grossen Reizbarkeit und Unnahbarkeit bis zum Lebensende, während der Blödsinn stark ausgeprägt war. Lange Jahre vor dem Tode wurden Schmerzen in allen Gliedern geklagt, der Gang wurde unbehülflich, sie wurde kleiner, Ernährung reducirt — Er-

scheinungen der Knochenerweichung. 1863 wurde sie zur Rettung bei einem Brande, nicht gerade ungestüm, doch mit eignem Widerstreben. aus dem Bette gehoben, wodurch sie mehrere Knochenbrüche der Unterextremitäten erlitt, die rasch und gut heilten. In den letzten Jahren konnte sie nur sehr unbehülflich, breitbeinig gehen, in den letzten Monaten musste sie aus dem Bett gehoben werden, konnte höchstens etwas stehen, dann verliess sie das Bett lange nicht mehr. In den letzten Wochen konnte sie noch Beine und Arme bewegen, sich jedoch selbst gar nicht mehr helfen, war beim Herumdrehen ganz starr und steif, und klagte über Schmerzen im ganzen Körper. Dabei war die Schmerzempfindlichkeit gegen alle Eingriffe bis zum Tode anhaltend gesteigert. Eine Reihe von Wochen vor dem Tode war der Kopf nach der rechten Seite gebogen, sie klagte Taubheit in der rechten Hand. Einige Zeit nachher, einige Wochen vor dem Tode war Parese des rechten Facialis, Tieferstehen des Mundwinkels, Offenstehen des rechten Auges, bald stärker, bald geringer, ferner vorübergehend Schielen vorhanden, es trat Vereiterung des rechten Auges ein, das jedoch schnell ziemlich heilte. Die Stimme nahm in den letzten Wochen einen anderen Ton an. Die Reizbarkeit und Unzugänglichkeit blieb bis zum Tode.

Section 7. 1. 69 (33 St. p. m), Bedeutender Decubitus am Kreuzbein und den Fersen, grosse Abmagerung. Die durchsägten Knochen überall weich. Dura mater sehr fest am Schädel haftend. Auf dem rechten Scheitelbeine eine über 2 Thaler grosse Stelle mit Verdickung des Periosts, Caries des Knochens, der auch innen gelblich, weniger resistent war. Windungen etwas atrophisch, Häute etwas verdickt, überall leicht abzuziehen. Feste Consistenz des Gehirns Pacchymeningitis int. hämorh. auf den vorderen, mehr auf den mittleren Schädelgruben, bis auf die Convexität, rechts in stärkerem Grade. Die Nn. fac. und Acust. erschienen rechts schmäler als links, ebenso scheinbar der Trigeminus. An der unteren Seite des Pons, in der Mitte der Linie von vorn nach hinten, rechts, eine mehr als erbsengrosse, liniendicke Stelle, in die Substanz des Pons eingebettet, von graulich durchscheinendem Aussehen. Das Rückenmark von fester Consistenz auch auf dem Durchschnitt, in der unteren Halsparthie etwas erweicht. Die Dura mater spin. hinten verdickt, auf der Innenfläche injicirt, namentlich unten, wo auch ein dickes Exsudat. Gehirngewicht 37 Unzen, die rechte Grosshirnhemisphäre 2 Loth leichter. Art. cor. cordis atheromatös. Die Milz von zahlreichen. kirschengrossen und kleineren weissen Knoten durchsetzt, von festem Gefüge, weissem Saft. Die Nieren klein, auf der Oberfläche röthliche Narben. Die Erscheinungen von Knochenerweichung, Verdünnung und Weichheit der Cortikalschicht, Vermehrung des bräunlichen Inhalts der Subst. spong., weniger vorhanden, als in parallelen Fällen von Knochenerweichung mit viel geringeren Motilitätsstörungen.

Die mikroskopische Untersuchung der entarteten Stelle im Pons ergab am frischen Präparate Bindegewebsfasern, amorphe Masse, Reste von Gan-

glienzellen, namentlich amyloid verwandelte Kerne. Im linken Vorderstrang ergaben sich in der Cervikal-Anschwellung Gefässe mit Körnchenzellen, auch sparsame isolirte Körnchenzellen, im linken Hinterseitenstrange zahlreiche freie Körnchenzellen, doch waren sie auch hier nur stellenweise vorhanden, und waren nicht sehr zahlreich. Sonst keine Körnchenzellen. — Dies würde also mit Rücksicht auf den Heerd im Pons wiederum dem Faserverlauf, zum Theil wenigstens entsprechen.

An den Erscheinungen während des Lebens war die Körnchenzellen-Entwicklung im Rückenmark jedenfalls nicht betheiligt. Sie haben, so wie sie wegen ihrer Unnahbarkeit schwer zu constatiren waren, so bezüglich der Deutung Mängel wegen der Complication mit Knochenerweichung. Dass auch die motorischen allgemeinen Defekte durch sie allein nicht bedingt sind, wurde erwähnt. Die allgemeine Parese, welche immer weiter schritt, Paralyse des Fac. mit Einschluss des Palp., vorübergehendes Schielen, Veränderung der Stimme, Erhaltensein der Sensibilität passt zu den von Neueren (*Leube*, *Schüle*) für inselförmige Hirn-Rückenmarks-Sklerose aufgestellten Bildern. Die allgemeine Rigidität des Rumpfs, zeitweise Contractur der Halsmuskeln stimmt zu Angaben französischer und englischer (*Mcr. Clymer* Allg. med. Centr.-Zeitung 71 No. 35) Schriftsteller. Ueber Zittern, Behinderung der Artikulation, des Schluckens, Respirationsstörungen finden sich in meinen Notizen keine Angaben.

Beobachtung 4.

Hierhin würde noch der Fall (Gödde 28 J.) eines Wallnuss-grossen Tuberkels im linken Pedunc. cerebri gehören. Die charakteristischen Erscheinungen, Lähmungen im rechten Bein etc. seit $^1/_2$ Jahr, in den letzten Wochen allgemein gelähmt, Tod vom Nervensystem aus. Ernährung mässig. Es fand die Untersuchung erst statt, nachdem das Rückenmark sehr lange in doppelt chromsaurem Kali gelegen hatte. Es zeigte sich hier zu beiden Seiten der hinteren Fissur ganz oben im Rückenmark an dem von der Med. obl. getrennten Ende ein gelber Keil, dessen Spitze bis zur Mitte der hinteren Fissur reichte, 1 Zoll tiefer war er breiter und länger, 2 Zoll unter dem oberen Ende dasselbe Bild, $2^1/_2$ Zoll unter demselben wurde die Mitte frei, zu beiden Seiten zeigte sich ein gelber Streifen, der an der Commissur anschwoll. 5 Zoll unter dem oberen Ende war der gelbe Streifen ganz nach aussen, an den Rand der hinteren Wurzel gerückt. Weiter abwärts wurde die äussere Zone, der Wurzel zunächst, wieder frei, es war der gelbliche Streifen weiter nach innen gerückt. Dieser wurde weiter abwärts weniger intensiv und hörte an der Lendenanschwellung auf. — Es waren jedoch weder in den Hintersträngen, noch in den Seiten- und Vordersträngen an diesem gehärteten Präparat Körnchenzellen zu entdecken. Solche fanden sich unzweifelhaft nur in der linken Pyramide, nicht in der rechten.

Beobachtung 5. Berd. Kemper 59 J.

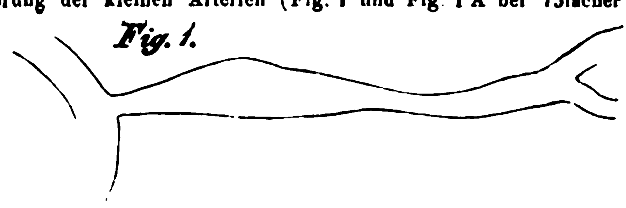
Erblichkeit. Geisteskrankheit $3\frac{1}{2}$ Jahr vor dem Tode. Blödsinn mit Aufregung, besonders starkem Schreien. Starre der Glieder, Anfangs mit Zittern. Gang steif. Reaction gegen Nadelstiche gering, mehr Reaction bei Druck. —

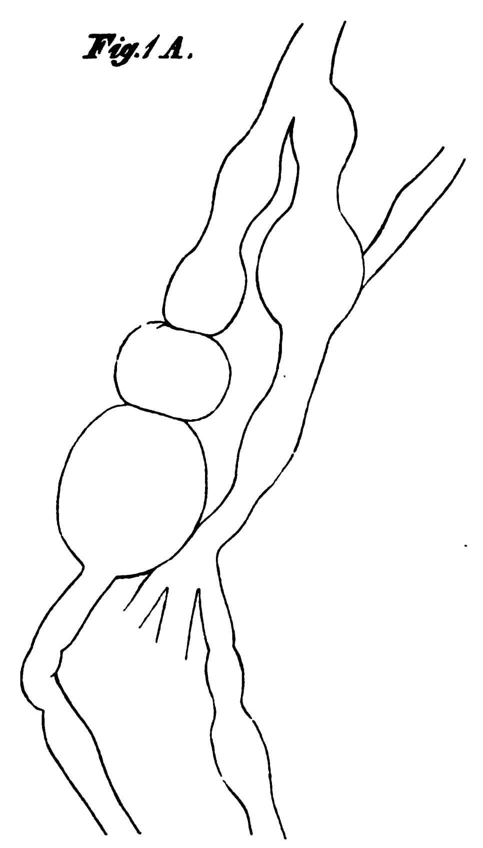
Section: Wandverdickung der grösseren Arterien der Basis. Pia mater stellenweise nicht ohne Substanzverlust abzuziehen, zugleich mit gelblicher Verfärbung der Cortikalschicht. Blauschwarze rundliche, stecknadelknopfgrosse, grössere und kleinere Heerde in der Cortikalschicht. Consistenz des Gehirns und Rückenmarks vermindert. — Mikroskopisch: Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen und Hintersträngen, am meisten im Lenden- (hier mässig viel), demnächst im Dorsal-, am wenigsten im Cervikal-Mark. In den Hintersträngen des Cervikal-Marks auch Körnchenzellen an den Gefässen. In der Cortikalsubstanz des Gehirns sehr ausgedehnte aneurismatische Erweiterung der Arterien. Die blauschwarzen Heerdchen bestehen aus Anhäufungen von Blutkörperchen in ähnlichen, nur grösseren Aneurismen, zum Theil mit Extravasation aus denselben. Epikrise. Erblichkeit von väterlicher Seite. Geisteskrankheit seit 3 Jahren. Aufgenommen 19. 9. 70. Hier ergab sich Blödsinn. Anfangs grosse melancholische Aufregung, besonders sehr lautes, fast ununterbrochenes Schreien, Nachts und bei Tage. In den letzten Monaten war Ruhe vorhanden. Es trat eine bedeutende Starre des Muskelsystems hervor, im Anfang namentlich mit Zittern verbunden. Die Spannung in den Armen und Beinen wechselte in der Intensität, war jedoch stets vorhanden, zuweilen erfolgte die passive Bewegung saccadirt, selten war die Starre kataleptisch, so dass die gegebene Stellung beibehalten wurde Gegen das Lebensende hin wurde die Starre noch bedeutender, doch war heftiges Stossen mit den Armen dabei möglich. Der Gang steif und unbeholfen, doch kein Schwanken, auch nicht bei verbundenen Augen. Mängel der Sprache wurden nicht bemerkt. Gegen Nadelstiche und Kneifen im Gesicht und Nacken wenig Reaction, auch keine Reaction bei Kitzeln der Fusssohle, des Unterschenkels etc. Dagegen bei Druck auf verschiedene Körpertheile, besonders Glieder, vordere Rumpfseite, Symp. mehr Reaction, Stöhnen und Sichzusammenziehen. Dieselbe Empfindlichkeit (auch Steifigkeit) beim Anziehen. Eine Reihe von Wochen vor dem Tode war der Gang unmöglich.

Section 14. 3. 71 (16 St. p. m.). Viele, nicht tiefe Decubitus-Stellen. Leiche mässig abgemagert. Näthe fast verwachsen. Art. carot., vertebr. bis zur Basil. ziemlich stark atheromatös, von da an peripher nur eine kleine Stelle an der Prof. links. Gehirn sehr auseinanderfallend. Die weichen Hirnhäute ödematös, nur wenig getrübt, dem Gefässverlauf folgend im Bereich beider Stirn- und Scheitellappen. Geringe Atrophie im Bereiche einzelner Windungen der Stirnlappen. Pia mater dünn, an einzelnen Stellen nicht ohne Substanzverlust abzuziehen, so am rechten, weniger am linken Unterscheitelläppchen, Gyr. ling. links. Hier ausserdem gelbliche

Verfärbung der Cortikalschicht, diese auch an anderen Stellen, so am rechten Vorzwickel. Besonders zu bemerken waren stecknadelknopf-grosse, grössere und kleinere Heerde in der Cortikalschicht, welche grossentheils schon durch die Pia hindurch zu erkennen waren, zum Theil jedoch erst nach deren Abziehen, wobei sie in keiner Weise an der Pia hafteten. Einzelne hatten fast nicht mehr wie Nadelspitzen-Grösse. Die Abgränzung von der normalen Substanz war eine scharfe, ein Theil hatte an der umhüllenden Wand einen rothen Anschein und Saft. Der grösste dieser Heerde, von Erbsengrösse befand sich im linken Hinterhauptslappen an der Basalfläche, in der Nähe des Gyr. ling. Er stellte ein ziemlich festes Blutgerinnsel dar, ein geringer Theil war Faserstoff-Coagulum. Er lag an der Grenze der grauen und weissen Substanz, bildete sich fast ausschliesslich auf Kosten der weissen Substanz. Die meisten Heerde lagen dicht unter der Pia mater, erstreckten sich zum Theil bis in die Hälfte der grauen Substanz; ein Theil war mitten in letzterer, ohne deren äussere und innere Grenze zu erreichen. Die Zahl dieser Heerde, deren Sitz in beiden Gyr. ling. (links stärker) und in der rechten vorderen und hinteren Centralwindung, circa $1\frac{1}{2}$ Zoll vom oberen Rande war, betrug 8—9. Ausserdem waren an ziemlich denselben Stellen noch frischere capilläre Extravasate vorhanden, höchstens bis zur Grösse eines kleinen Stecknadelknopfs (4—5). Die weisse Substanz hatte diese Heerde nicht. Beide Substanzen hatten auf dem Durchschnitt viele Gefässe. Die graue Substanz erschien an einigen Stellen verdünnt, am linken Gyr. ling. bis zur Dicke von $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{6}$ Linien. Ventrikel erweitert, Ependym nicht verdickt. — Rückenmarkshäute blass. Rückenmark sehr weich, überquellend, besonders im oberen Hals- und Rückentheil. Coronarterien des Herzens sehr atheromatös, sehr breit und fest, am Eingang eng, dann weit, dann wieder sehr eng durch Verdickung der Wand. Kein Schluss der Aorta-Klappen. Links 2 alte Rippenbrüche. In der linken Lunge graue lobäre Hepatisation oben und unten.

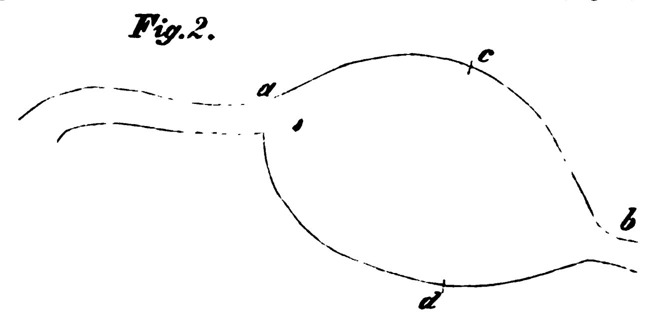
Die mikroskopische Untersuchung des frischen Rückenmarks ergab Körnchenzellen in den Hinterseiten- und Hintersträngen, im Cervikal-Mark am wenigsten, mehr im Dorsal-, am meisten im Lendenmark. Im letzteren konnte die Zahl als mässig gross bezeichnet werden. In den Hintersträngen des Cervikaltheils ergaben sich auch Körnchenzellen an den Gefässen. — Die Untersuchung der Cortikalschicht des Gehirns ergab in den Gefässen (besonders Venen) Verdickung der Adventitia, Pigment in Körnern und Fettkörnchen, ferner einseitige und allseitige (spindel-, kugel- etc. förmige) Erweiterung der kleinen Arterien (Fig. 1 und Fig. 1 A bei 75facher Ver-



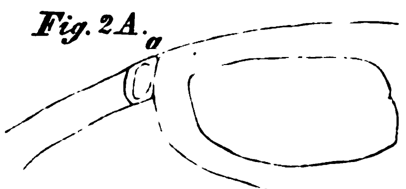


grösserung, dieselbe bei den anderen Abbildungen). Diese Erweiterung war vielfach beim Ursprung dieser kleinen Arterien aus grösseren Stämmen zu constatiren, und zeigte sich im weiteren Verlauf, oft so, dass eine übersehbare Strecke eine Reihe sich folgender Erweiterungen zeigte. Die Normaldicke der so betroffenen Arterienstämmchen betrug 0,01 bis 0,02 Linie, jedoch auch mehr und weniger. Besonders zu bemerken ist, dass so wohl bei den besprochenen, als bei den alsbald zu erwähnenden grösseren Aneurismen sämmtliche Arterienhäute gleichmässig betroffen waren, dass wenigstens nirgendwo eine Zerstörung, ein Fehlen einer Arterienhaut bei Erhaltensein einer anderen zu constatiren war. Der Uebergang der normalen Arterienwand in die erweiterte erfolgte entweder vollkommen gleichmässig, oder so, dass beim Beginn der (bes. kugelförmigen) Erweiterung die Arterienwand vorsprang, und eine Art Duplikatur bildete.

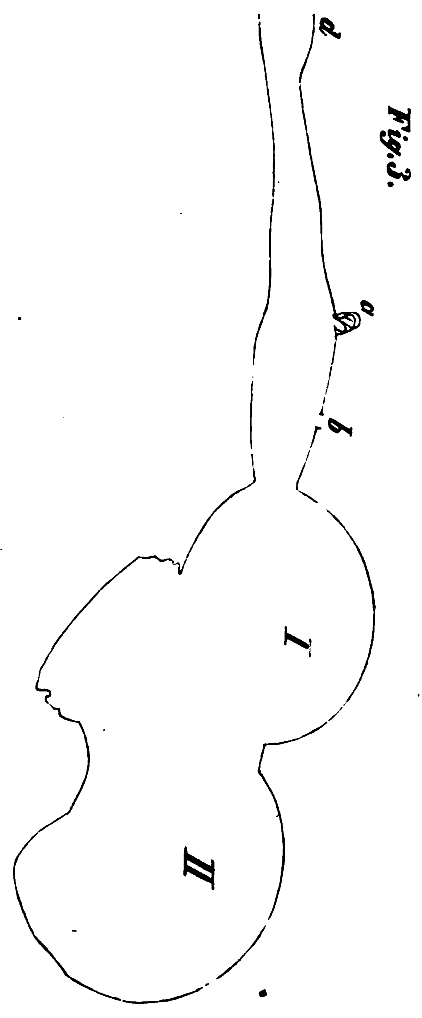
Das Vorkommen dieser Aneurismen war so ausgedehnt, dass überall, wo die von der Pia in die Hirnrinde eintretenden Gefässe untersucht wurden, diese Erweiterung an einer Reihe von Arterien sich zeigte. Die Grösse der Ausdehnung betrug nicht selten das Doppelte und mehr des normalen Durchmessers. Die Untersuchung zweier von den blauschwarzen Punkten aus der Cortikalschicht ergab sehr starke Anhäufung von Blutkörperchen in grossen Aneurismen der Arterien. Dieselben stellten (Fig. 2) einen



gleichmässig erweiterten (bis auf das 8fache des Arterienlumens) Sack dar, bei dem der Eintritt und Austritt des normalen Arterienrohrs deutlich zu sehen war (*a* und *b*). Ein Druck auf das Deckgläschen bewirkte Zerreissung der Wand (bei *c* und *d*) des Aneurismas und liess hier die zahlreichen Blutkörperchen austreten. Natronlösung erhellte das Präparat und zeigte wie vorher an der Arterienwand keine besondere Veränderung, die Arterienwand aber bei *a* vollständig glatt abgerissen, wie abgeschnitten (Fig. 2 A). Die Wand des Sackes ohne bestimmte Struktur von fast der-



selben Dicke, wie die ganze zuführende Arterie. Der andere blauschwarze Heerd von derselben Grösse ist in Fig. 3 dargestellt. Es zeigte hier bereits die zuführende Arterie bei *d* eine pathologische Veränderung, nämlich Erweiterung bei *d* und dem Aneurisma näher, an diesen Stellen die Arterienstruktur (Durchschnitt der Muskelfasern am Rande und die Querbänder bei anderer Einstellung) weniger deutlich, der Inhalt hier viel mehr tingirt (Stauung der Blutkörperchen), ferner ohne weiteren Druck bei *a* eine Oeffnung der Arterie mit Austritt von Blutkörperchen, bei *b* anscheinend ein einseitiges Durchrissensein der Wand. Das Aneurisma anscheinend aus zwei Theilen bestehend (I u. II). Bei einem Druck auf das Deckgläschen löste



sich II, stellte sich als eine Ansammlung von Blutkörperchen dar, es entleerten sich dann solche bei fortgesetztem Druck aus *c*, *a*, *b*. Es wurde ferner das abführende Stück der Arterie frei, so dass Fig. 3 A. entstand, zuletzt riss die Arterie wieder bei *b* vollständig quer ab. Demnach ist die Entstehungsweise jener blauschwarzen Heerdchen, Erweiterung der Arterien mit Veränderung der Wandung, grösserer Brüchigkeit, Ausdehnung derselben zu sackartigen Aneurismen, Berstung der Wand der Aneurismen oder der Arterie an anderen, bereits veränderten Stellen klar.

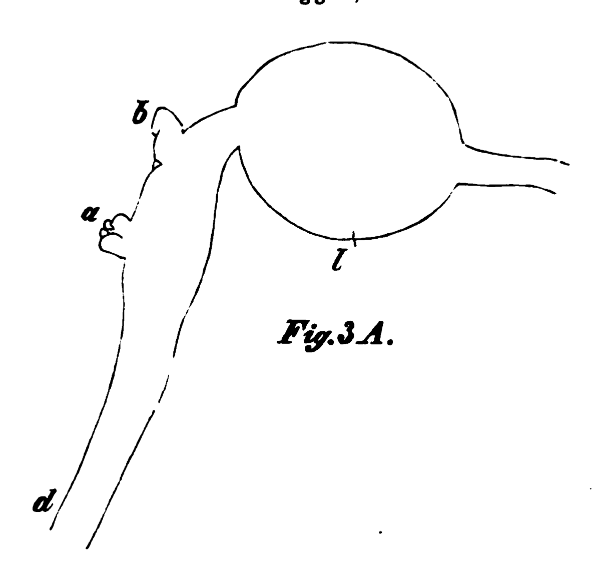


Fig. 3 A.

Aneurismen der Gehirngefässe (worunter man auch Erweiterung der Capillaren und Venen begriffen hat), sind mehrfach beschrieben. Eine Zusammenstellung solcher Befunde findet sich bei *Leidesdorf* (Lehrbuch 1865 S. 289), *Simon* Gehirnerweichung S. 73, *Rokitansky*, Lehrbuch. Besonders hervorzuheben ist ein Fall von *Löwenhardt* (Allg. psych. Zeitsch. 24. Bd. S. 748) Entstehung der Krankheit bei einem 87 J. vor 14 J. nach einer acuten Krankheit. Nach derselben bedeutende Schwäche, die allmählig zunahm. Blödsinn, Unruhe, Sprache langsam, schleppend, starkes Zittern der Extremitäten, Gang unsicher und langsam, rigide Arterien. — Nach Entfernung der Pia mater ergaben sich überall auf der Convexität und Basis des Gehirns schwärzliche Pünktchen, 2—4 auf jedem Quadratzoll, höchstens von der Grösse eines kleinen Stecknadelknopfs. Sie lagen in der mittleren und äusseren Cortikalschicht, jedoch immer von einer dünnen Schicht grauer Substanz überkleidet, waren kugel- und spindelförmige Aneurismen. Letztere bestanden aus allen 3 Häuten, diese nirgend verdickt. Arterien der Basis etwas atheromatös. Herz hypertrophisch. — Hier findet sich viel Gemeinsames mit der mitgetheilten Beobachtung. — Speciell mag, bei diesem Sitz in der Hirnrinde, noch das Zittern und die allgemein paretischen Erscheinungen erwähnt werden.

Wegen einer möglicher Weise gemeinsamen ätiologischen Beziehung mag noch ein Fall von *L. Meyer* (Arch. f. Nkhten I. S. 279) hervorgehoben werden, wo particlle Erweiterung von Capillaren und kleineren Venen der Gehirnwand auf eine sehr bedeutende Muskelanstrengung mit verstärkter Exspiration bezogen wurde. Es liegen in dem mitgetheilten Fall Momente mit derselben Wirkung, Blutstauung in den Venen vor. Das anhaltende

angestrengte Schreien mit bedeutender Muskelspannung, ferner die bedeutende Atherose der Coronar-Arterie, wodurch die Ernährung und somit die Arbeit des Herzens herabgesetzt war, ferner der mangelhafte Schluss der Aortaklappen. Da jedoch die Entartung hier auf der arteriellen Seite lag, so können die angeführten Umstände nur mittelbar als vermehrter Widerstand a tergo in Betracht kommen. Als direct einwirkendes Moment muss die veränderte Struktur der Arterienwand in Betracht kommen, wie sie als Atherose der grossen Arterien an der Basis des Gehirns, als verändertes optisches Verhalten und leichtere Brüchigkeit der kleineren zur Erscheinung kommt. Hier schliesst sich an ein anderswo veröffentlichter Fall.

Beobachtung 6.

Gelster 49 J., welcher nach einem apoplektischen Anfall $^1/_4$ Jahr vor dem Tode allgemein paretische Erscheinungen darbot, so wohl bezüglich der Artikulation als der sonstigen Muskulatur. Die Parese war rechts stärker, die Sensibilität und die Reflexe rechts etwas geringer, als links. Später stellten sich Schluckbeschwerden, Starre beider Arme und Beine (?), rechts mehr ein. — Die Section ergab Hyperämie des Gehirns und die Zeichen bedeutenden Gehirndruckes, ferner am Rückenmark hinten ein röthliches Exsudat. Das Mikroskop zeigte sehr viele Körnchenzellen, vorzugsweise in den Hinterseitensträngen, rechts mehr, und in den inneren Abschnitten der Vorderstränge. Sie wurden nach unten im Beginn der Lendenanschwellung spärlicher und hörten 2 Zoll oberhalb des unteren Endes auf, früher in den Vorder- als Seitensträngen. Sie fanden sich ferner in den Pyramiden und Hirnschenkeln. — Veränderung der Gefässe, besonders Pigmentanhäufungen und Verfettung fanden sich mehrfach, besonders jedoch an solchen Stellen, wo sich keine freien Körnchenzellen ergaben. Sehr gut genährt, Herzhypertrophie, Pneumonie.

Wirft man einen Rückblick auf die vorstehenden 6 Beobachtungen, so haben die 3. und 4. etwas Eigenthümliches. Die Krankheitserscheinungen werden beherrscht durch den Heerd im Pons und im Hirnschenkel; ebenso die, soweit ermittelt, beschränkte und ausschliesslich dem Faserverlauf entsprechende Körnchenzellen-Entwickelung. Sie stehen daher dem Ausgangspunkt und der Gestaltung der Körnchenzellen-Entwickelung, wie sie einerseits bei Dem. paral. und andererseits bei den anderen 4 Fällen dieser Gruppe stattfinden, als weniger übereinstimmend gegenüber. —

Besonders bemerkenswerth ist noch die gelbe Verfärbung der Hinterstränge des gehärteten Präparates der 4. Beobachtung. Sie war entsprechend der Gestaltung der Entartung bei Dem. par. Oben ein schmaler Keil, der sich weiter nach

unten verlängerte und verbreiterte. Dann wurde die mittlere Parthie frei und nur die den hinteren Wurzeln zunächst gelegene ergriffen. Noch weiter abwärts war der Keil wieder mehr nach innen gerückt, doch blieb der Bereich zunächst der Fissur frei. Allmählige Erblassung des gelben Streifens bis zum Lendentheil. Wenn man daher in den Fällen, wo die Hinterstränge in der ganzen Ausdehnung stellenweise in analoger Weise ergriffen sind, an diesen Stellen den Ausgangspunkt der weiteren Entartung sucht, so ist eine solche Deutung hier ausgeschlossen. Ein Exsudat auf der hinteren Rückenmarksfläche fand sich hier nicht. Zu derselben Schlussfolgerung führt auch das gehärtete Präparat der 2. Beobachtung, wo auch nur partielle Bezirke der Hinterstränge des oberen Rückenmarks die Verhärtung zeigten. —

Auch in den Fällen sekundärer Degeneration nach Rückenmarksverletzung bei Hunden von *Westphal* (l. c. II. S. 422) ist nicht von Körnchenzellen die Rede. In *Schüle's* 6 Fällen zeigten die Hinterstränge eine den obigen Fällen ähnliche Verfärbung, ohne Verbreiterung der bindegewebigen Interstitien (keine Körnchenzellen weil Terpenthinpräparat). Es kann daher die gelbliche Verfärbung bei gehärtetem Präparat anscheinend 1. ohne Körnchenzellen, 2. ohne vermehrte Bindegewebsentwickelung eintreten.

In den übrigen 4 Fällen (1. 2. 5. 6. Fall) zeigten sich Körnchenzellen im Rückenmark und in 3 Fällen, wo darauf hin untersucht wurde, auch weiter aufwärts. Die Menge konnte, wenigstens stellenweise, in 2 Fällen als sehr zahlreich, in 2 Fällen als mässig zahlreich bezeichnet werden. Ergriffen waren in allen 4 Fällen die Hinterseitenstränge, in 3 Fällen die Vorderstränge, in 2 Fällen die Hinterstränge. In 1 Falle mit Körnchenzellen in den Hintersträngen fand sich ein Exsudat auf der hinteren Fläche des Rückenmarks, in dem 2. nicht. In einem Falle ohne Körnchenzellen in den Hintersträngen fand sich dasselbe Exsudat. Bezüglich aller Stränge fanden sich die Körnchenzellen, wo sie vorkamen, in grösster Anzahl im Lenden- resp. unteren Dorsalmark, in 1 Falle im Dorsal- und Lendenmark, der Cervikaltheil zeigte in allen Fällen die wenigsten Körnchenzellen. Besonders zu bemerken ist das

Verhalten der Körnchenzellen in den beiden ersten Fällen. Im 1. Fall bestand der Gehirndefect in einer bedeutenden Atrophie, der weissen und Cortikal-Substanz, vorzugsweise der linken Hemisphäre, zugleich mit einer Atrophie der Thal. opt. bes. l. In 2 Fällen waren Theile des rechten Schläfenlappens sehr entartet. In beiden Fällen fand sich die Rückenmarksentartung überwiegend im gleichseitigen Vorder- und im entgegengesetzten Seitenstrang, im 1. Fall fing auch zugleich die Körnchenzellen-Entwickelung im anderen Seitenstrang weiter abwärts an. Im 1. Fall waren die Hirnschenkel ganz frei, im 2. nur der gleichseitige ergriffen, in beiden Fällen waren die gleichseitigen Pyramiden mehr ergriffen, als die der anderen Seite. Wenn in diesen Thatsachen wiederum eklatante Beweise für den Einfluss des Faserverlaufs auf die Körnchenzellen-Entwickelung liegen, so weisen sie auf der anderen auf die Begünstigung derselben durch anderweite, besonders örtliche Dispositionen hin und schliessen sich so vollständig den Verhältnissen bei der Dem. par. an. Bemerkt mag noch werden, dass auch bei der Tab. dors. mehrfach das Ueberwiegen des Prozesses im unteren Dorsal- und Lendentheil, die Abnahme nach oben hin bemerkt wird. — In den beiden ersten Fällen ist die Abhängigkeit der Körnchenzellen-Entwickelung von der Hirnerkrankung durch bestimmte Kriterien (gleichseitiger Vorder-, entgegengesetzter Seitenstrang nach *Türk*, Ersteres *Bouchard*) bis zur Evidenz erhoben. Im 5. und 6. Falle ist einerseits die Gestaltung der Rückenmarksveränderung den beiden ersten Fällen vollkommen entsprechend (nur hier beidseitig), auf der anderen Seite liegen bestimmte Gehirnveränderungen vor (im 5. solche der Hirnrinde, im 6. Fall starke Hypertrophie mit Hyperämie). Die Abhängigkeit ist daher eine höchst wahrscheinliche und muss die *Türk*'sche Annahme, dass Veränderungen der Corp. striata, besonders mit Veränderungen der Capsula interna als vorzugsweise Ursache für die Körnchenzellen-Entwickelung im Rückenmark aufzufassen sei, dass Veränderungen der Thal. opt., grosse Heerde im Marklager der Hemisphären nur eine äusserst geringe oder mässige Erkrankung dieser Bahn bedingen, als zu eng betrachtet werden. *Bouchard* (l. c.) nimmt die Erkran-

kung der tieferen Schichten der Hirnrinde als Ursache für vorliegenden Befund an. Diese Annahme würde für den 5. Fall nach den vorliegenden Thatsachen eine sichere Erklärung abgeben, für den 6. ist die Oertlichkeit weniger sicher gezeichnet. Es zeigte übrigens auch einer der Fälle von Dem. paral. Körnchenzellen, vorzugsweise in einem Vorder- und dem entgegenges. Hinterseitenstrang.

Was das Verhältniss der freien Körnchenzellen zu der Verfettung der Gefässe betrifft, so fanden sich mehrfach verfettete Gefässe an Stellen, wo keine freien Körnchenzellen vorhanden waren, theils fanden sich verfettete Gefässe und freie Körnchenzellen zusammen vor, theils waren, z. B. in dem in dieser Hinsicht speciell verfolgten Fall 1, auch an den Stellen, wo sich sehr viele freie Körnchenzellen fanden, die mit gesehenen Gefässe fast unbetheiligt. Es findet in dieser Hinsicht also Uebereinstimmung mit dem Verhalten der Dem. paral. statt.

Von anderweiten literären Angaben mit einseitigen Heerderkrankungen ist noch zu bemerken *Schüle*'s Fall 5 (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 25. Bd. S. 449 ff.) Erweichungsheerd im Stabkranz, Fall 6, Cysten mit Läsion der inneren Kapsel. In beiden Fällen zeigte sich der entgegengesetzte Hinterseitenstrang mehr als der gleichseitige ergriffen. Beides sind zugleich Fälle von Dem. par. *Sander*'s Fall 32 (l. c.) cystische Heerde im linken Corp. str., Linsenkern etc., Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen, rechts mehr. Bemerkenswerth ist noch Fall 59 von *Sander*. Geschwulst im rechten Kleinhirn, sehr sparsame Körnchenzellen im linken Vorder- und rechten Seitenstrang. Dieser Fall der die besprochene Rückenmarksaffection darbietet, fällt demnach ausserhalb des vorliegenden Schemas. *Arndt* fand in einem allerdings nicht homogenen Falle, da er eine graue Degeneration der Hinterstränge darstellte (Archiv für Nervenkrankheiten II. S. 724 ff.) die Körnchenzellen vorwiegend im linken Seitenstrange und im Gehirn im rechten Hirnstiele, im rechten Seh- und Streifenhügel. *Virchow*'s Fall von Erweichung des rechten C. str., die Degeneration zu verfolgen durch die Hirnschenkel, Kreuzung der Pyramiden in das linke Rückenmark (*Virchow*'s Archiv Bd. 48 S. 520).

Geht man jetzt an die andere Art der Bedingungen für die Körnchenzellen-Entwickelung im Rückenmark, so ist über die Beziehung zu allgemeinen Ernährungsstörungen und andererseits zu dem Grade der lähmungsartigen Zustände Folgendes zu bemerken. In 2 Fällen mit sehr vielen Körnchenzellen war 1 Mal die Ernährung mässig, 1 Mal sehr gut, 1 Mal war mässige, 1 Mal bedeutende Lähmung vorhanden. In 2 Fällen mit mässig vielen Körnchenzellen war 1 Mal sehr grosse Abmagerung, 1 Mal mässige Abmagerung vorhanden, hier viele Decubitus-Stellen. Die Lähmung war in beiden Fällen eine mässige. In 1 Fall wo nur an sehr beschränkter Stelle mässig zahlreiche Körnchenzellen sich fanden war sehr grosse Abmagerung und bedeutender Decubitus vorhanden, die Lähmung war sehr bedeutend. In 1 Fall ohne Körnchenzellen im Rückenmark (nur solche in der linken Pyramide) war die Ernährung mässig, der Tod erfolgte vom Nervensystem aus, die Lähmung war zuletzt eine bedeutende. —

Es ergiebt sich daher kein Parallelismus einerseits zu dem Grade der Ernährungsstörung, andererseits zu der Höhe der lähmungsartigen Zustände. — Was die klinischen Erscheinungen betrifft, so waren, abgesehen von mehrfach bedeutender Lähmung im Endstadium, motorische Defecte vorhanden, wenigstens der Gang unbehülflich. In 3 Fällen (1. 5. 6.) wurde festgestellt, dass bei geschlosssenen, resp. verbundenen Augen das Stehen nicht mehr gestört war, als bei offenen. In dem Fall 1 war zuletzt, entsprechend bedeutendem Hirndruck, die allgemeine Lähmung, ebenso im Fall 6 die allgemeine Parese sehr ausgesprochen, rechts in höherem Grade, glich dem vorgeschrittenen Stadium der Dem. par. In allen Fällen war eine beständige Spannung des Muskelsystems bei passiver Bewegung vorhanden, die allgemein war und active Bewegungen erlaubte. In 2 Fällen dagegen (1., 6 Fall) war zeitweise eine Contractur der Glieder- und Halsmuskeln mit aufgehobener Bewegungsfähigkeit vorhanden, welche, besonders im 1. Fall genau beschrieben, zu bestimmten Gliederstellungen führte und auf einer Seite, im ersten Falle dem Gehirndefect und der überwiegenden Rückenmarkserkrankung, im 6. Fall wenigstens letzterer entsprechend, mehr ausgeprägt

war. Die Articulation war im 1. und besonders im 6., auch im 2. Falle behindert. Drei Fälle (1., 2. u. 6.) zeigten theils genuine epileptische (1. u. 2.), theils convulsivische (1), theils apoplectif. (6.) Anfälle. Im 1. und letzten Fall gehindertes resp. aufgehobenes Schluckvermögen. Die Schmerzempfindlichkeit war theilweise wenigstens in 2 Fällen (2. u. 5.) erhöht, in 3 Fällen (in 5, wenigstens für Nadelstiche, 1. u. 6.) herabgesetzt, in 2 Fällen (1. u. 6.) in höherem Grade einseitig, entsprechend dem oben berührten Hirn- und Rückenmarksbefund.

Es liegt kein zureichender Grund vor, diese sensiblen und motorischen Erscheinungen auf das Rückenmark zu beziehen, weder auf ein Exsudat auf den Häuten, noch auf die Körnchenzellen, wie ein Vergleich der klinischen Erscheinungen und des anatomischen Befundes lehrt. Nichts desto weniger fand im 1. und 6. Fall die Abnahme der Sensibilität und des Reflexvermögens, der Motilität, so wie die vermehrte motorische Spannung auf der Seite statt, wo die Körnchenzellen in den Seitensträngen überwogen. Die Abhängigkeit dieses Befundes von dem Gehirnbefunde wurde besprochen. Es sind daher auch aus diesem Grunde die letzteren für die genannten Erscheinungen in Anspruch zu nehmen und liegt die anatomische Ursache mit ihrem einseitigen Präponderiren im 1. Fall offen zu Tage, muss im 6. vermuthet werden. Ebenso lassen sich manche Gründe für die Abhängigkeit der convulsiven etc. Anfälle von der Gehirnerkrankung anführen, nämlich deren Grösse im Verhältniss zur Rückenmarks-Erkrankung, die theilweise geringe Zahl der Körnchenzellen in den Hirnschenkeln und Pyramiden, im 2. Fall die vorgebrachten Gewichtsverhältnisse, die erfahrungsgemässen Ursachen dieser Anfälle bei anderen Zuständen.

Die genannten Defecte der Sensibilität und der Motilität, die apoplectiformen, epileptiformen und epileptischen Anfälle, so wie die partiell vermehrte Muskelspannung und die dadurch bedingte veränderte Gliedstellung kommen theilweise in derselben charakteristischen Form bei Dem. par. zur Erscheinung. Die allgemein vermehrte Muskelspannung, in geringerem Grade die theilweise Hyperästhesie finden sich in manchen Fällen

dieser Krankheit. Es findet daher bei beiden Krankheitsgruppen ein theilweises (verschieden gross in den verschiedenen Fällen) Zusammenfallen statt. Da nun für die zuletzt abgehandelte Gruppe von Fällen die Abhängigkeit von dem Gehirnbefunde nachgewiesen resp. wahrscheinlich gemacht ist, so wird die Analogie auch für die Dem. paral. gelten. Bemerkenswerth sind die Fälle von Dem. par. mit überwiegender einseitiger Erkrankung einer Hemisphäre. In den beiden erwähnten Fällen von *Schüle* fanden sich dem einseitigen Hirnheerd entsprechend (d. h. gekreuzt) überwiegend die Zuckungen, die vorübergehenden und dauernden paretischen, im 6. Fall auch die anästhetischen Erscheinungen. Analoge Fälle mit nachweisbarer, überwiegend einseitiger Hirnerkrankung mit prävalirend entgegengesetzten Störungen finden sich nicht vereinzelt.

Der Sinn sämmtlicher vorstehender Erörterungen hat eine ganz bestimmte Voraussetzung. Es sind die Gründe für die Ansicht bereits früher ausgeführt, dass im Fall 1 der neue Krankheitsvorgang der Dem. par. sich im Verlaufe eines früheren entwickele und von da an die Krankheitserscheinungen beherrsche. Die jetzige Ausführung hebt gewisse, sowohl der Dem. par., als dieser letzteren Gruppe in geringem oder grösserem Umfange, gemeinsame Symptome hervor, einen gleichen anatomischen Gehirnbefund als Ursache voraussetzend. In Fall 1, 2 u. 5 liegen mit Bestimmtheit Veränderungen der Rindenschicht vor, einige Hinweisungen auf ihre Anwesenheit finden sich auch im 6. Fall. Diese würden also vermuthungsweise überall die anatomischen, die Krankheitserscheinungen beherrschenden Heerde sein. Es würde also eine Zurückführung von klinischen Erscheinungen auf anatomische Gehirnzustände vorliegen, welche, an sich gleichartig, die weitere Entwickelung verschiedener Krankheitsvorgänge und Ausgangspunkte sein könnten (s. *Schüle* Allg. psych. Zeitschrift 25. Bd. S. 510).

Wendet man sich noch einmal zu der Gestaltung der Körnchenzellen-Verbreitung bei Dem. par. und bei nachgewiesener oder vorauszusetzender Abhängigkeit von anderweiten Hirnkrankheiten, so ergeben sich eine Reihe von Thatsachen,

welche für das Gewicht solcher Einflüsse für die Körnchenzellen-Entwickelung im Rückenmark sprechen, welche mit dem Verlauf der Nervenfasern keinen weiteren Zusammenhang haben. Eine Masse von Forschungsresultaten der neuesten Zeit, von den verschiedensten Gesichtspunkten aus unternommen, geben zu dieser Folgerung Anlass. *Arndt* (l. c.) der die Stauung der Säfte in den perivasculären Räumen, Saftkanälchen und -Zellen als Ursache der Körnchenzellen-Entwickelung beschuldigt, hebt als Prädispositions-Momente theils allgemeinere lokale Verhältnisse, Schwierigkeit des Abflusses aus dem Lenden- und Dorsalmark, theils örtlich begrenzte, meningitische Entzündungen an den verschiedensten Stellen etc. hervor. *Schüle* (l. c. S. 512) hebt nach *Frommann* und *Goll* die Prädisposition jener Stellen zur krankhaften Entfärbung des gehärteten Präparats hervor, die auch im normalen Zustande eine reichere Neuroglia zeigen. Die Bevorzugung ganz bestimmter Oertlichkeiten nach 3 Beobachtungen *Schüle*'s, welche mit den eigenen viel Gemeinsames haben, wurde erwähnt. *Westphal* beschuldigt nach seinen neueren Arbeiten Gefäss-Vertheilung und Bindegewebe des Rückenmarks; *L. Meyer* die Gefässe des Rückenmarks und für diese die angeführten allgemein und örtlich wirkenden Momente.

Die Bedeutung der allgemein wirkenden Momente, der allgemeinen Ernährungsstörung und der Lähmungen wurde bei beiden bisher behandelten Gruppen besprochen. In Betreff der örtlich wirkenden Momente, der Beziehung von Organerkrankungen zu bestimmten Rückenmarks-Abschnitten, ist folgendes zu bemerken, wobei die Feststellung des Rückenmarks-Abschnittes nach der früher angegebenen Methode erfolgte: Das Cervikal-Mark ausschliesslich zeigte sich beim 1. Fall der II. Gruppe ergriffen bei Decub. am Kreuzbein und Fersen. Das Cervikal- und Dorsal-Mark in 3 Fällen der I. Gruppe, bei 1 Fall mit Pneumonie; 1 Fall von Erschöpfung vom Nervensystem aus, und 1 Fall von Decub. am Kreuzbein mit Nierenhyperämie; ferner im 1. Fall der II. Gruppe von Herzhypertrophie und Pneumonie. Das Dorsal-Mark überwiegend war in 2 Fällen der 1. Gruppe ergriffen, bei Lungentuberkulose und bei Decubitus am Kreuzbein. Das Dorsal-

und Lenden-Mark zeigte sich vorwiegend ergriffen in 4 Fällen der I. Gruppe, in 2 Fällen von Decub. am Kreuzbein (in 1 Fall zugleich mit Nierenvereiterung), 1 Mal bei Erysipel des Unterschenkels zugleich mit Pneumonie, in 1 Fall von Tod vom Nervensystem aus; ferner in 3 Fällen der II. Gruppe, in 1 Fall bei ausgedehnter Vereiterung des frakturirten Oberschenkels, in 1 Fall von Decubitus am Kreuzbein zugleich mit Pneumonie, und in 1 Fall von Pneumonie. — Es ergiebt sich hier also noch prägnanter, was bei der früheren Zusammenstellung hervortrat, dass allerdings eine gewisse Beziehung in dem früher entwickelten Sinne unverkennbar hervortritt, dass aber doch eine gewisse Breite und in einer Reihe von Fällen durchaus kein paralleler Gang beider Erscheinungen stattfindet. Im Allgemeinen ist das Dorsalmark, bald in Verbindung mit dem angrenzenden Cerv.-, bald Lendenabschnitte der vorzugsweise ergriffene Theil.

Es giebt jedoch eine weitere Reihe von Eigenthümlichkeiten in der Verbreitungsweise der Körnchenzellen im Rückenmark etc., welche sich nicht aus den so eben erörterten Umständen erklären lassen. Abgesehen von den Thatsachen, welche gegen einzelne derselben sprechen, wie die Unabhängigkeit der freien Körnchenzellen-Entwickelung von der an den Gefässen, giebt es andere, welche auf einen ganz specifischen Ursprung hinweisen. Sie bestehen in der vielfach hervorgehobenen charakteristischen, mit dem Faserverlauf übereinstimmenden Verbreitungsweise, wozu auch das einseitige Uebergewicht, gekreuzt mit einem entsprechenden Gehirnbefunde gehört.

Als Hypothesen, um diesen specifischen Beziehungen entsprechend dem Faserverlauf Ausdruck zu geben, sind vorgebracht worden: die Körnchenzellen-Entwickelung im Verlauf der Nervenfasern findet statt in Folge aufgehobener Function, in Folge unterbrochener Leitung, dem Faserlauf einfach folgend. Die erste ist neuerdings wieder von *Arndt* (l. c. S. 766) aufgestellt. Nach ihm entstehe zunächst eine Atrophie der Nervenfasern, welche in Folge des jeweiligen Krankheitsprocesses ausser Thätigkeit gestellt sind, dann erweitern sich passiv die Saftkanälchen und Saftzellen etc., es kommt zur

Degeneration der in ihnen enthaltenen Lymph-Körperchen etc. und damit zur Bildung von Körnchenzellen. Es setzt diese Annahme also zwei andere Hypothesen voraus. Dass in Folge mangelnder Thätigkeit die Nervenfasern atrophiren ist vielfach zurückgewiesen worden, so von *Schiff* (Physiologie S. 122) etc. Diese Hypothese wird ferner von den Einwürfen getroffen, die gegen die Leitungsunterbrechung (nach *Türk*) als Grund der Degeneration erhoben werden können. Sie werden von dem nachgewiesenen Einfluss der Spinalganglien auf die Ernährung der peripheren sensiblen Nervenfasern bei Thierexperimenten hergenommen. Wäre die Unterbrechung der Leitung Schuld an der Degeneration, so könnten bei Trennung des peripheren Nervenstammes die sensiblen Fasern nicht bloss im peripheren Stück, bei Durchschneidung der hinteren Wurzeln nicht bloss im centralen degeneriren, denn bezüglich der Leitung sind in beiden Fällen die peripherischen Stücke in gleicher Lage. Was die Hypothese der Degeneration einfach dem Faserverlauf folgend (*Westphal*) betrifft, so könnte es sich wahrscheinlich nur um die eigentlichen Rückenmarksfasern, nicht um die Wurzelfasern handeln, da ich mehrfach constatiren konnte, dass die Wurzelfasern bei ihrer Einstrahlung nach dem hinteren Horn, in der Nähe von Körnchenzellenerfülltem Rückenmarksgewebe, frei von Körnchenzellen sind. Wollte man diese Hypothese annehmen, und z. B. so die Fortleitung von den Hirnschenkeln auf die Hinterseiten- und Vorderstränge entfernter Rückenmarkstheile erklären, so müsste sich auch der umgekehrte Weg der Beobachtung darbieten, was nicht vorkommt. Dass das Verhalten der Hinterstränge, die Abnahme der Degeneration nach oben nicht unbedingt für den Ursprung des Prozesses an einer tieferen Rückenmarksstelle spricht, wurde hervorgehoben, da dies Verhalten allen Rückenmarkssträngen gemeinsam zukömmt, und ein solcher Ausgangsheerd sich vielfach nicht findet. Es dürfte zugleich mit Rücksicht auf die Analogie von Annahmen in anderen Nervengebieten (progressive Muskelatrophie etc.) am Plausibelsten sein, gewisse Ernährungscentra als in derselben Weise zu beschuldigen, wie dieser Einfluss für die andersgestaltete Degeneration peripherer sensibler Nerven von den Spinal-

ganglien bei Thieren ausgeübt wird. Als solche Ernährungscentra, als welche man nur Ganglienzellen ansehen kann, hätten nach den vorliegenden Thatsachen für die vorliegenden Gruppen zu gelten vorzugsweise der Linsenkern, in geringerem Grade der Thal. opt., dann auch die Cortikalsubstanz. Es ist dabei nicht ausgeschlossen, dass ausserhalb dieser Heerde gelegene Veränderungen, welche die abführenden Fasern der genannten Zellen in dichterer Concentration treffen (z. B. die innere Kapsel), noch einflussreicher sind. Der Einfluss dieser Ernährungscentra würde besonders nach der 2. Beobachtung sowie dem Fall von Gehirnabscess ein sehr überwiegend, doch nicht ausschliesslich einseitiger sein. Ob nicht auch das Auftreten in den Hintersträngen theilweise auf denselben Einfluss zu beziehen sei, dürfte bei dem häufigen Vorkommen zugleich mit der Hirnerkrankung und beim Fehlen lokaler Ausgangsheerde vor der Hand nicht gänzlich abzuweisen sein, obgleich sich hier gewichtige Gründe für lokale, wenigstens extracerebrale Einflüsse ergeben. Die endliche Gestaltung der Körnchenzellen-Verbreitung hängt dann von anderen, zum Theil lokalen Ursachen, theils auch von allgemeinen des Organismus ab.

Es ist daher auch erklärlich, dass mehr centrale, dem Ernährungsheerd näher gelegene Stellen (Hirnschenkel, innere Kapsel etc.) und zwar ohne Unterschied bei allen hier einschlägigen Gruppen entweder gänzlich verschont oder viel weniger ergriffen werden können im Gegensatz zu mehr peripher gelegenen Stellen, wo die der Körnchenzellen-Entwickelung mehr günstigen Bedingungen sich mehr häufen. Dieses Verhalten ist bei der Hypothese der Körnchenzellen-Entwickelung dem Faserverlauf entsprechend unerklärlich.

Nach diesen Ausführungen würden die beiden Anfangs aufgestellten Gruppen verschmelzen und die Kz-Entwickelung bei Dem. par. sich der *Türk*'schen sekundären Degeneration nach Hirnkrankheiten anschliessen.

Entgegen den beiden bisher abgehandelten Gruppen, der Dem. par. und den Fällen der nachgewiesenen oder vorauszusetzenden Abhängigkeit der Körnchenzellen-Entwickelung im Rückenmark von anderweiten Hirnkrankheiten fehlte ein

solcher Krankheitsheerd im Hirn in den folgenden Fällen. Wenn desswegen in einigen derselben Körnchenzellen sich fanden, so sind diese schon aus diesem Grunde nicht auf einen Prozess im Gehirn zu beziehen. Es fanden sich Körnchenzellen unter 13 Fällen 3 Mal, darunter allerdings 1 Mal nur vereinzelt. Den Krankheitsgruppen nach waren unter 7 Tuberkulosen 2 Mal Körnchenzellen (1 Fall ohne Kz. betraf zugleich Caries der Halswirbel), unter 3 Fällen von Marasmus 1 Mal solche vereinzelt, unter 3 Fällen von je 1 Peritonitis chron., Erschöpfung (nach Mania ac.), Krebs des Magens und Netzes, keine Körnchenzellen. Die Fälle, in denen sich Körnchenzellen fanden, sind folgende:

Korf, 43 Jahr, langjährige Verrücktheit, Lungen-Kehlkopfstuberkulose mit langsamem Verlauf. Der untere Theil des Dorsal-Marks ist bei der Herausnahme angeschnitten, so dass er nicht zu untersuchen ist. Röthung der Vorderfläche des Pons, Med. obl., oberen Halsmarkes. Leichte Röthung und Trübung der hinteren Fläche des Rückenmarks. In den Vordersträngen im Halsmark vereinzelte, im Dorsalmark sparsame und sehr sparsame Körnchenzellen. In den Htseitensträngen fanden sich im Halsmark zum Theil sparsame Körnchenzellen, während in anderen Schnitten keine zu entdecken waren. In der Halsanschwellung waren sie sparsam, weiter nach abwärts waren sie theils noch weniger vorhanden, vereinzelt, theils wieder etwas reichlicher, d. h. sparsam. — In den Hintersträngen fanden sich im Halsmark mässig sparsame Körnchenzellen, sie wurden nach abwärts weniger, nahmen im Dorsalmark noch mehr ab, wurden im mittleren Dorsalmark vorübergehend ziemlich zahlreich und waren noch in der Lendenanschwellung sparsam vorhanden. — In einer Pyramide vereinzelte Körnchenzellen.

Das Verhältniss der freien Körnchenzellen zu solchen an den Gefässen war das, dass verfettete Gefässe ohne freie Körnchenzellen, dann dass verfettete Gefässe und freie Körnchenzellen, endlich dass Körnchenzellen ohne verfettete Gefässe vorhanden waren. Letzteres Vorkommen war das zahlreichste. Zugleich viele Cc. amylacea.

Kikenbrinck, 38 Jahr, Lungen-Darmtuberkulose mit schnellem Verlauf. Akute Manie. Beständig mässige Aufregung, grosse Abmagerung. Die Vorderstränge zeigten nur im unteren Dorsalmark vereinzelte Körnchenzellen. Die Hinterseitenstränge zeigten im Halsmark mässig sparsame, in der Halsanschwellung gar keine, im oberen Dorsalmark mässig sparsame, weiter nach abwärts weniger, nur vereinzelte Körnchenzellen, dies bis zur Lendenanschwellung. Im oberen Dorsalmark waren auch in den Vorderseitensträngen Körnchenzellen. In den Hintersträngen fanden sich im oberen Dorsalmark vereinzelte Körnchenzellen, sonst nicht. — Die Pyra-

miden, Hirnschenkel ohne Körnchenzellen. Dort, wo sich Körnchenzellen fanden, fanden sich Gefässe, oft sehr verzweigte, ohne Körnchenzellen. Keine Cc. amyl.

Becker 61 Jahre, Blödsinn, Marasmus. Vereinzelte Körnchenzellen in den Hintersträngen, im Hals-, Dorsal- und Lendenmark. Eben dort auch mehrfach Körnchenzellen an den Gefässen. An anderen Stellen freie Körnchenzellen ohne solche an den Gefässen.

Bei den anderen 10 Fällen von 27, 36, 41, 42, 45, 51, 58, 62, 66 und 78 Jahren wurden keine freien Körnchenzellen gefunden. In einzelnen zeigten sich noch verfettete Gefässe an den erwähnten, jedoch auch an anderen Stellen, so in der grauen Substanz des Rückenmarks, im Linsenkern etc., ferner die Adventitia der Gefässe verdickt. Ferner zeigten sich in einigen Fällen sehr viele Cc. amylacea, die in anderen sparsam vorhanden waren oder fehlten [1]).

[1]) Weitere 8, nicht in obigen Mittheilungen enthaltene Fälle geben übereinstimmende Commentare zu den bisherigen Entwickelungen. 2 Fälle betrafen Paralytiker. Der eine zeigte grosse Abmagerung, bedeutende Lähmung, Tod vom Nervensystem aus, ziemlich zahlreiche Kz, besonders in den Hintersträngen, dann in den Hinterseitensträngen. Der 2. zeigte sehr grosse Abmagerung, sehr ausgebreiteten, sich lange hinziehenden Decubitus, nur mässig zahlreiche Kz. in den Hinterseitensträngen. — Von den anderen, nicht paralytischen Geisteskranken hatte nur einer, ein 45jähriger Blödsinniger von Kind an, mit periodischer Aufregung, gestorben an Pneumonie bei mässig guter Ernährung, freie Kz., etwas mehr als sparsam, in den Hinterseitensträngen beiderseits und im linken Hinterstrang, am zahlreichsten im mittleren Dorsal-, dann Hals-, zuletzt unteren Dorsalmark. Hirnschenkel und Pyramiden ohne Kz. Mehrfach mit freien Kz. Verfettung an den Gefässen, mehrfach erstere ohne letztere. Es folgen 3 Fälle mit erworbener chron. Gstrung, bedeutender Ernährungsstörung. Der 1. betraf eine Herzbeutelverwachsung mit zum Theil bedeutenden Compensationsstörungen in Leber, Niere etc. In den Venen und Capillaren der Hinterstränge des Dorsal- und Halstheils mässige Verfettung in Häufchen. Der 2. Fall betraf eine Lungen-Darmtuberkulose mit Caries des Fussgelenks, im Halsmark Fetthäufchen an den Gefässen. Ueberall sehr viele Cc. amylacea. Der 3. betraf Caries des Stern. mit Eitersenkung in den linken Pleurasack. Es zeigte sich sehr geringe Verfettung in den Gefässen des obersten Cervikalmarks. Alle 3 Fälle zeigten noch Verdickung der Adventitia der Venen, keine freien Kz. — 2 Fälle endlich betrafen plötzliche Todesfälle bei guter Ernährung, der eine in einem epileptischen Anfalle, der andere in einem Anfalle bedeutender Aufregung bei chronischer Tobsucht. Es zeigten sich weder freie Kz. noch Verfettung an den Gefässen.

Es finden sich in dem zuletzt erwähnten Vorkommen der Körnchenzellen einige Analogien mit dem der beiden ersten

---

Endlich ist noch über folgenden Fall zu berichten. Kleine, 29 Jahr alt, Mutter etc. epileptisch. Litt seit dem 15. Jahre an krampfhaften Zufällen, seit dem 21. an ausgebildeter Epilepsie, seit dem 26. Jahre trat die Geisteskrankheit mehr hervor. Bei der Aufnahme mit 26 Jahren war er noch ziemlich intelligent, zeitweise gehäufte epileptische Anfälle und tobsüchtige Aufregung. Im letzten Lebensjahre wurde er blödsinniger. In der Woche vor dem 12. Mai gehäufte epileptische Anfälle. Der Gang war dabei ziemlich gut. Vom 13.—15. ging er wankender, musste zuweilen auf dem Stuhle fest gehalten werden, um nicht zu fallen. In den jenen Tagen folgenden Nächten grössere Unruhe. Seit dem 16. 5. sehr unbesinnlich, Schlucken sehr erschwert, zu Bett, spricht gar nicht, ganz ruhig. Keine Veränderung bis zum 18. 5., wo etwas besinnlicher. Puls Morg. 14, im Sopor, doch zu erwecken, bewegt den rechten Arm und Bein, nicht die linken, diese fallen gelähmt herab. Der Kopf ist immer nach links gewendet, rechter Mundwinkel steht höher, rechte Pup. weiter. Bei Kneifen am linken Arm und Bein keine Reaction, doch solche rechts. Auf Brust und Gesicht ist der Gegensatz weniger ausgesprochen, am Bauch keine Reaction. Ass 18. 5. Mitt gut. Abends Tod, wahrscheinlich in einem epileptischen Anfall. — Gut genährt. Abscess im rechten Scheitelhirn, der sich bei der Herausnahme des Gehirns an einer schwärzlich verfärbten Stelle öffnete, die $2^1/_2$ Sgr. gross, 2 Zoll vom Medianrand, dem hinteren Rand der hinteren Central-Windung entsprach. Ein abgekapselter, Wallnuss grosser Abscess befand sich in der Tiefe der Marksubstanz, die Wand zähe und fest, 3 Linien und mehr dick, von schwärzlich rothem Aussehen, innen glatt. Die weisse Substanz in der Umgegend in grossem Umfange erweicht und eitrig durchtränkt, hin und wieder rein eitrig, sonst gelblich und graulich weiss. So ergriffen waren vorzugsweise die hintere Centralwindung, beginnend 1 Zoll vom oberen Rande bis zum unteren Ende, das Unterscheitelläppchen in beiden Abtheilungen (3. Scheitelwindung), endlich in geringerem Grade die vordere Centralwindung. — Das Rückenmark enthielt Kz. in den Hinterseitensträngen, am zahlreichsten im unteren Dorsalmark (zwischen sparsam und viele Kz.). Sie waren überall links zahlreicher als rechts. Links waren sie vereinzelt bereits im obersten Cervikal-Mark zu entdecken, nahmen bis zur bemerkten Stelle zu, waren zuletzt im Anfang der Lendenanschwellung noch vereinzelt vorhanden. Rechts begannen sie erst in der Halsanschwellung, fehlten bereits im Beginn der Lendenanschwellung. Im oberen Dorsalmark waren auch im rechten Vorderstrang vereinzelte Kz. vorhanden. Mehrfach zeigten sich die Gefässe ohne, theils mit Verfettung. Beides im Bereiche von freien Kz. Im unteren Dorsalmark aus den Hintersträngen herausgesuchte Gefässe zeigten sich ohne Kz. Die rechte Pyramide hatte sparsame Kz., die linke sehr verein-

Gruppen. Zunächst, dass das allgemeine Vorkommen dieselben Verbreitungsbahnen inne hält, wie dort: Im Allgemeinen am meisten die Hinterseitenstränge, dann die Hinterstränge, dann die Vorderstränge. Die Hinterstränge weiter nach oben an Körnchenzellen-Gehalt abnehmend. Diese Umstände beweisen demnach, dass überhaupt im Rückenmark einzelne Bahnen für die Körnchenzellen-Entwickelung besonders prädisponirt sind, dass eine besondere weitere Prädisposition der Körnchenzellen-Verbreitung dem Faserverlauf entsprechend stattfindet. Andere Umstände sprechen mehr für einen begrenzt lokalen Grund, zunächst, wie schon bei jenen 1. Gruppen, die stärkere Betheiligung des Dorsalmarks überhaupt, die Betheiligung der Hinterstränge auch unterhalb ihrer stärksten Betheiligung, noch mehr und zwar hier ausgesprochener das Unterbrochene, Absatzweise des Vorkommens überhaupt oder der stärkeren Betheiligung, ferner der Mangel an Betheiligung der Pyramiden und der Hirnschenkel. Ein Unterschied von den beiden 1. Gruppen bestand ferner in der verhältnissmässig geringen Anzahl von Körnchenzellen, welche höchstens resp. kaum in 2 Fällen an beschränkter Stelle als ziemlich zahlreich bezeichnet werden konnte. Das Verhältniss zu den Gefässen war bei dieser 3. Gruppe dasselbe, wie bei den beiden ersten Gruppen. Klinische Erscheinungen, mit denen die Kz. der letzten Gruppe, wo sie vorkamen, in Beziehung gebracht werden konnten, wurden nicht constatirt.

Es ergiebt sich aus der bisherigen Darstellung, dass bei der Dem. par. und bei der secundären Körnchenzellen-Entwickelung im Rückenmark in Folge von bestimmten Hirnerkrankungen kein Grund vorlag, die Erscheinungen während des Lebens mit dem Rückenmarksbefunde in Beziehung zu bringen. Es ergab sich weiter, dass unter sämmtlichen Fällen keiner vorhanden war, der zur Annahme einer selbständigen Entwickelung einer bedeutenderen Anzahl von Körnchenzellen

---

zelte, jedoch Kz. an Gefässen. Der rechte Hirnschenkel zeigte am unteren Rande vereinzelte Kz. — Dieser Fall steht in vollständiger Uebereinstimmung mit dem bisher Entwickelten und schliesst sich bezüglich der Kz.-Entwickelung dem 1. und 2. Fall der 2. Gruppe an. S. die Beob. am Schluss.

im Rückenmark, sowie namentlich von hiervon abhängigen Krankheitserscheinungen berechtigte. Es wurde auseinandergesetzt, dass die 5. und 6. Beobachtung der 2. Gruppe, welche vielleicht diese Annahme nahe gelegt hätten, eine andere Deutung nothwendig machten. Nichts desto weniger wurden Anfangs die Gründe und die Bedingungen namhaft gemacht, welche, so sorgfältig man auch in allen entsprechenden Fällen, nach dem etwaigen Ausgangspunkte im Hirn etc. zu suchen hat, unter Umständen die Annahme einer derartigen selbständigen Rückenmarkserkrankung rechtfertigen.

Wirft man noch einen vergleichenden Rückblick auf die mitgetheilten Untersuchungs-Resultate und auf die der anderen Forscher, so trat bei theilweisem Zusammenfallen doch die Verschiedenheit der Gefässverfettung von der Körnchenzellen-Entwickelung ausserhalb der Gefässe hervor, und wurden speciell in einzelnen Theilen oder im ganzen Rückenmark besonders bei der letzten Gruppe verfettete Gefässe ohne freie Körnchenzellen gefunden. Es hängt damit auch eine weitere Eigenthümlichkeit der *L. Meyer*'schen Untersuchungen vielleicht zusammen. Das oben mitgetheilte Beobachtungs-Resultat von *Sander* bei Dem. par., dass, wo Körnchenzellen sich fanden, sie auch immer in den Hinterseitensträngen vorkamen, wird in den mitgetheilten Untersuchungen nicht nur bestätigt [Auch *Obermeyer* (Arch. f. Nkhten III. S. 502) fand bei 12 Paral. Kz. vorzugsweise in den Hinterseitensträngen], sondern diese ergeben das Uebergewicht der Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen auch für das Vorkommen derselben überhaupt. Dem gegenüber sind bei *L. Meyer* bei allen Kategorien von Fällen die Hinterstränge die überwiegend betheiligten. Dann ergab sich bei der Dem. par. und bei der 2. Gruppe ein Uebergewicht an Kz. des Lendenmarks vor dem Cervikalmark, während in der Tab. 4 nach *L. Meyer* es umgekehrt war. Ferner fehlen bei ihm die mitgetheilten Eigenthümlichkeiten der Verbreitung in den einzelnen Bezirken des Nervensystems gänzlich, welche hinreichend als nur aus dem Faserverlauf erklärbar, früher ausführlich besprochen sind. Besonders prägnant tritt der Gegensatz hervor, wenn man die Grade des Vorkommens der freien Körnchenzellen bei der Gesammtzahl

der mitgetheilten Fälle den Proc.-Sätzen nach zusammenstellt. Des leichtern Vergleichs halber sind unter Abtheilung II. die Geisteskranken, welche nicht Paralytiker sind und mit Fortlassung unserer früheren 2. Gruppe, welche eigenthümliche Bedingungen enthält, ebenso des Falles von Gehirnabscess aufgeführt.

	Sehr viele. viele und ziemlich viele	Mässig zahlreiche	Sparsame und vereinzelte	Keine	Gesammtzahl der Fälle
	Körnchenzellen.				
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	
II. Abth. Geisteskranke	—	10	10	80	20
III. - Dem. paral.	50	42	—	8	12

Ein Vergleich mit der früher mitgetheilten Tabelle 1 nach *L. Meyer's* Daten, ergiebt die sehr grosse Abweichung besonders für die II. Abtheilung. Sie bleibt auch dann bestehen wenn man das früher Gesagte über den wahrscheinlich zufällig hohen Proc.-Satz der 1. Colonne dieser Abtheilung berücksichtigt. Bei der vorstehenden Zusammenstellung fällt der Gegensatz der Dem. par. gegen die Geisteskranken um so mehr in's Gewicht, wenn man nach den früheren Mittheilungen erwägt, dass es bei der II. Abth., 3 Fälle ausgenommen, an sehr intensiven, chronischen Ernährungsstörungen, auch an solchen mit Fieber und der Disposition zur Säfteentmischung, nicht gefehlt hat. *Obermeyer* (l. c.) fand bei 12 Paralytikern auffallend viele Kz., 2 andere Fälle, bezüglich der gleichen Diagnose zweifelhaft, zeigten keine (83 pCt., daher ungefähr entsprechend der S. der obigen 1. u. 2. Colonne). In 37 an anderen Krankheiten Gestorbenen ergab sich nicht selten das Vorkommen von einzelnen Körnchenzellen in sämmtlichen Strängen, bes. bei chron. Krankheiten. Der Gegensatz tritt daher in viel höherem Grade hervor, als nach der früheren Tab. 3 die Gefässverfettung einerseits bei den gewöhnlichen Geisteskrankheiten und andererseits bei den Paralytikern. Es liegen also in der Dement. paral. ganz eigenthümliche Bedingungen für das Vorkommen von freien Körnchenzellen im Rückenmark, welche der gewöhnlichen Geisteskrankheit nicht zukommen. — Die Ziffer für starke Verfettung bei Dem.

paral. ergiebt bei beiden Zusammenstellungen keine zu grosse Abweichung (58—50) Wenn man nach den früher mitgetheilten Daten die Angabe von *Simon* hieher ziehen will, der unter Paralytischen bei 61 pCt. mehr Körnchenzellen fand, als nach ihm dem normalen Vorkommen entspricht, so würde hier ebenfalls die Abweichung nicht zu gross sein.

Es ergiebt sich daher, dass wenn auch eine Reihe gemeinsamer Gesichtspunkte und gemeinsamer Bedingungen existiren für das Vorkommen freier Körnchenzellen und der Gefässverfettung, doch noch eigenthümliche für die Entwickelung überhaupt und für die Art der Verbreitung freier Körnchenzellen im Rückenmark bei der Dem. paral. und anderen Krankheiten des Nervensystems anzunehmen sind. — Es trat ferner die Unabhängigkeit der sensiblen und motorischen Störungen während des Lebens von der Kz.-Entwickelung im Rückenmark hervor.

Ein Gegenstück zu dem Gehirnabscess (Heine) ist als negativer Fall:

Voss, einige 70 Jahre alt, litt seit einer Reihe von Jahren an Verrücktheit mit Grössenideen und tobsüchtiger Aufregung. Es war bis in die letzten Lebenstage sehr starkes Zittern der Arme, des Kopfes, in geringerem Grade der Beine vorhanden, welches bei Unterstützung der Glieder nicht aufhörte. Seit 13. 4. 72 zeigte er sich unbehülflicher im Stehen und Gehen. Es stellte sich wiederholt Erbrechen ein. Die Empfindlichkeit gegen Nadelstische etc. schien überall gleichmässig vorhanden zu sein, doch erfolgten damals von der rechten Fusssohle aus weniger Reflexbewegungen als von der linken. Es war bei passiven Bewegungen Spannung der Arme (im Elbogen etc.), jedoch nicht im unterstützten Liegen vorhanden. Der linke Mundwinkel stand höher, linke Pupille weiter. Die Bewegungsstörungen und die Unbesinnlichkeit nahm zu. Am 12. 6. war Stehen und Gehen allein unmöglich. Es war auch im Liegen Spannung der Arme und Beine bei passiven Bewegungen vorhanden, rechts mehr als links. Am 18. 6. zeigte sich das rechte Bein und der rechte Arm vollkommen gelähmt, während sie links noch bewegt wurden. Es ergaben sich jetzt von der rechten Fusssohle und vom rechten Bein stärkere Reflexbewegungen als vom linken (von der rechten Fusssohle erfolgten die Reflexe in den oberen und unteren Extrem., vorzugsweise der gleichnamigen Seite). Die Schmerzempfindlichkeit der rechten Seite (Stöhnen, Sichfortbewegen) war entweder aufgehoben oder gegen links vermindert. — Die Sektion ergab 20. 6. (8 St. post mort.) als wesentliche Befunde sehr starke Abmagerung, Volumsvermehrung und Zeichen von erhöhtem Druck

im Bereiche des linken Scheitel- und Hinterhaupthirns. Ein grosser encephalitischer Heerd, der von der 1. Hinterhauptswindung ausging, die ganze Fiss. par. occip. umsäumend, hier die Mark- und Cort.-Substanz betheiligend, dann an der Decke und dem äusseren Umfang des linken Seitenventrikels in der Höhe des absteigenden Horns sich nach aussen, unten und vorn wendend und entsprechend der 2. u. 3. Schläfenwindung in der Tiefe der Marksubstanz nach dem vorderen Ende des Schläfenlappens verlaufend. Eine Schwiele war im Querdurchmesser von $^1/_2$ Zoll gelblich weiss, theils von festem Gefüge, theils von faden- und netzförmigem, hier zum Theil mit Serum durchtränkt und schwappend. In der Umgebung dieser Parthie war das Hirngewebe sehr verändert, von graulich durchscheinendem Aussehen, viele Gefässe, stellenweise viele capillare und confluirende Blutextravasate. Das C. striat., besonders der Thal. opt. zeigte sich links gegen rechts weicher, von theils mehr gelblichem Aussehen, glänzend von überquellendem Serum. Pons, Med. obl. normal. Art. vert, basil, carotis atheromatös, überall durchgängig. Rückenmark ziemlich consistent, hinten viele Knochenplättchen. Herzhypertrophie, Verdickung der Mitr. Graue Hepatisation der rechten Lunge. — Ein von den erwähnten Fäden jener encephalitischen Bindegewebs-Entwickelung zeigte sich als eine Vene, die besonders in den peripheren Aesten eine grosse Menge sehr grosser Kz. enthielt. An anderen Stellen ergaben sich Fettkörnchen in linienförmiger, dreieckiger etc. Anordnung, dies besonders in bedeutend verdickter Bindegewebsumhüllung. Ausserdem dichte Anhäufungen freier Kz. — Das Rückenmark ergab in den verschiedensten Höhen keine Kz.

Der Mangel an Kz. im Gegensatz zu jenem Fall von Gehirnabscess scheint sich hier am Ehesten aus dem verschiedenen Sitz des Krankheitsheerdes zu erklären.

Eine geisteskranke Familie.

Von

Dr. Heinrich Cramer,
Director der Anstalt Rosegg bei Solothurn.

Ereignisse wie die vorliegenden werden sich heutzutage nicht leicht mehr wiederholen, am wenigsten in der Schweiz, wo in den letzten Decennien so viel für das Wohl der Irren geschehen ist, obschon anderseits bei der grossen Selbständigkeit der Gemeindebehörden und dem Mangel eines Irrengesetzes immerhin noch Vieles möglich ist.

Dass Wahnideen von Unwissenden und Gebildeten für reelle Vorgänge gehalten werden, das sehen wir alle Tage in den Irrenanstalten, doch dürfte wohl noch kein Fall in neuerer Zeit beobachtet und beschrieben worden sein, wo wie im vorliegenden eine ganze Familie Jahre lang die Wahnideen von zwei kranken Mitgliedern derselben theilend, unsägliche Entbehrungen ertrug und zu einem vollständigen Einsiedlerleben gezwungen war.

Die Affaire in Morzines hat uns noch in neuester Zeit gelehrt, wie sogenannte geistige Epidemien entstehen und wie sie am besten beseitigt werden.

Unser Fall zeigt dieses in kleineren Verhältnissen und ist deshalb nicht weniger interessant und lehrreich.

Im Winter 1850 erschienen Friedrich Scheurer, seine Frau und sechs erwachsene Kinder im armseligsten Zustande vor dem Ammann der solothurnischen Gemeinde Grenchen — derselbe Ort, wo der deutsche Staatsmann Mathy um dieselbe Zeit schulmeisterte — und verlangten als Angehörige der Ge-

meinde Unterstützung. Sie gaben vor, dass man ihnen an ihrem bisherigen Wohnsitze Amylie in Savoyen ihr Vermögen weggenommen habe. Dabei ergingen sie sich in Beschimpfungen der Beamteten und gebrauchten die confusesten Ausdrücke.

Einstweilen suchte man die Familie im Dorfe unterzubringen.

Sofortige Nachforschungen in Amylie ergaben, dass schon seit sechs Monaten von Seite der Familie Niemand mehr auf ihrem Landgute etwas gearbeitet habe. Meist hielten sie sich zu Hause eingeschlossen und gaben Niemand Gehör. Die Nachbarn besorgten aus Mitleid das Einheimsen der Feldproducte.

Erst als die Familie alle Vorräthe an Mehl und Kartoffeln aufgezehrt hatte, machten sie sich auf den Weg nach Grenchen.

Stets klagten sie, „man habe ihnen Alles weggenommen, sie dürften ihr Haus nicht mehr bewohnen, ihr Land nicht mehr bebauen, selbst jede Unterstützung müssten sie ablehnen, indem sie dadurch überwiesen wären, dass man ihnen ihr Eigenthum auf rechtmässige Weise genommen hätte.“

Aber auch der compensirende Helfer, der Gott neben dem Teufel fehlte nicht, um das psychopathische Bild correkt darzustellen. „Der Bundesrath,“ sagten sie, „könne ihnen einzig helfen und der würde ihnen auch noch Alles zurückerstatten.“ Alle acht Mitglieder der Familie brachten diese Klagen fast mit denselben Worten vor und liessen sich im Einzelnen nicht auf weitere Erörterungen ein.

Durch bereitwilliges Entgegenkommen der Gemeinde Amylie gelang es das Vermögen der Familie Scheurer zu liquidiren im Betrage von etwa 18,000 Frc., wofür man in Grenchen einen kleinen Hof ankaufte und denselben der Familie zur Bebauung anwies.

Zwei Töchter und einen Sohn suchte man in Familien unterzubringen, wo sie bald von ihrem Wahn befreit waren und sich durch Geschicklichkeit, Fleiss und gutes Betragen in hohem Maasse auszeichneten. Die eine Tochter ist unterdessen am Typhus gestorben, die andere ist noch zur Zeit Magd beim Verwalter unserer Anstalt.

Der Sohn wurde das Factotum eines wohlhabenden Bauern.

Beide sind in jeder Beziehung wohl gebildet, haben jedoch gewisse Eigenthümlichkeiten beibehalten. Sie halten sich ferne von Vergnügungen und Gesellschaften ihrer Altersgenossen, und periodisch sind sie sehr übellaunisch, reden oft Tage lang kein Wort und schliessen sich ein — „sie haben wieder den Rappel,“ heisst es dann im Hause, den man ihnen wegen ihrer sonstigen guten Eigenschaften gerne verzeiht.

Vater, Mutter, zwei Schwestern und der jüngste Sohn bezogen das neue Landgut und sollen dasselbe nach der Aussage der Einen gut, nach einer anderen Version schlecht cultivirt haben. Ich konnte darüber nicht in's Klare kommen. Dr. *Girard* in Grenchen schrieb mir, sie hätten mit Fleiss und Kenntniss Landwirthschaft getrieben.

Ein Beschluss des Gemeinderaths führte zum Verkauf des Gutes, höchst wahrscheinlich auf Betreiben eines Dorfmatadors.

Die unglückliche Familie ward wieder im Dorfe untergebracht. Natürlich bekam ihr Wahn hierdurch neue Nahrung. Sie schlossen sich vollkommen gegen die Aussenwelt ab, und erbitterten sich gegenseitig durch Schimpfereien gegen die Behörden; stets stand im Vordergrund der Heil und Segen bringende Bundesrath in Bern.

Nur das Nothwendigste nehmen sie von der Gemeinde an, Feuer wurde nicht mehr angemacht, „die Familie lebte nur von kalter Milch und Brod. Die Wäsche besorgten sie an einem nahe gelegenen Bache ohne Seife und mit unsäglicher Mühe stückelten sie ihre alternde Garderobe zusammen.

Von Zeit zu Zeit ging eine Deputation der Familie (gewöhnlich die Mutter und älteste Tochter) nach Bern, um dort mit Hofbescheid entlassen zu werden.

Im Winter 1859—60 starb der Vater, wie Dr. *Girard* constatirte, aus Mangel an Nahrung und in Folge der grossen Kälte.

In der Neujahrsnacht 1861—62 starb auch die Mutter auf dem Heimwege von Bern, wo sie wiederum beim Bundesrath Hülfe nachgesucht hatte, durch Erfrieren.

Als ich im Januar 1862 hierher kam, erfuhr ich diese traurige Geschichte, und es gelang mir zu bewirken, dass die

drei Geschwister, welche nach dem Tode ihrer Aeltern vollends rathlos zu Hause sassen und die alte wahnhafte Lebensweise fortsetzten, in die Anstalt Rosegg versetzt wurden.

Sie wollten ihren bisherigen jämmerlichen Aufenthalt durchaus nicht verlassen und mussten mit Gewalt in einen Wagen gebracht werden.

So erschienen sie dann am 27. Juni 1862 vor der Pforte der Anstalt, schimpfend und jammernd, halbverhungert und abgehärmt, mit Lumpen bedeckt — ein kläglicher Anblick. Schon nach kurzer Beobachtung sah man deutlich, dass die ältere Schwester Maria, damals etwa 40 Jahre alt, eine stattliche wohlgebildete Person — über die jüngere Schwester Elisabeth und den Bruder Andreas ein unumschränktes Regiment ausübte.

Stets blies sie ihnen ein, was sie sagen sollten, und suchte immer das Wort zu führen. Der Tenor ihrer Rede drehte sich stets um die oben wiederholt dargestellten Wahnideen.

Elisabeth, etwa 30 Jahr alt, war entschieden mehr von der Natur vernachlässigt, scoliotisch, deutlich mikrocephalisch, mit hässlicher Gesichtsbildung und in ihren Aeusserungen etwas schwachsinnig.

Andreas, 28 Jahre alt, ein schöner kräftiger Bursche, raisonnirte zwar auch mit den Schwestern im Bunde, trat aber doch mit mehr Anstand auf.

Sie wurden getrennt und auf verschiedene Abtheilungen versetzt. Andreas ertrug diese Trennung am besten, er nahm sofort die neuen Kleider und ass mit grossem Appetit zu Mittag — zum ersten Male wieder warme Kost in etwa 9 Jahren. — Auch ging er mit den Kranken auf's Feld und war bei der Arbeit sehr anstellig.

Schon nach einigen Tagen nahm er an den Vergnügungen der Kranken Antheil, rauchte Tabak und war sichtlich erfreut, des wahnhaften Zwanges seiner Schwestern enthoben zu sein. Freilich wurde er desshalb von der älteren Schwester mit Beschimpfungen überhäuft und schliesslich nicht mehr angesehen; allein er nahm körperlich und geistig zu und bald konnte man ihm selbständige Arbeiten übertragen. Am 5. October wurde er als Wärter angestellt und zwei Jahre darauf trat er

als Arbeiter in eine Parquetteriefabrik, woselbst er sich heute noch sehr wohl befindet und die Zufriedenheit seines Herrn erworben hat.

Wenn er auch über alle sonstigen Verhältnisse klar denkt, so gesteht er doch nie zu, dass seine Mutter oder Schwester Marie geisteskrank gewesen seien, obschon er sicherlich diese Ueberzeugung hegt, und nur aus Pietätsgründen nichts gegen seine Familie sagen will.

Schwieriger gewöhnte sich Elisabeth an die Anstalt, da sie wegen ihrer schwächeren geistigen Begabung die Verhältnisse nicht begriff, und besonders die Schwester Maria übte bei auch noch so kurzen Conferenzen stets den schlechtesten Einfluss, bis man sie gar nicht mehr zusammen liess. Nach und nach wurde sie jedoch für Wohlthaten zugänglich, an das Wartpersonal anhänglich und arbeitete fleissig; gegen mich aber behielt sie noch lange eine gehässige Stimmung, weil sie an mir einen Mitbetheiligten ihrer Verfolger sah. Doch auch das letzte Misstrauen schwand nach etwa $^3/_4$ Jahren; auch sie konnte im Dienste des Hauses beschäftigt werden (am 5. October 1863). Sie besorgt die Dienste einer Hausmagd, ist unermüdlich thätig im Fegen, Waschen etc. etc. und der Anstalt ungemein dankbar und treu.

Um so feindseliger gegen die Anstalt, gegen mich und ihre Geschwister wurde Maria. Wir sind „im Bunde mit den Räubern und Mördern, die ihr Unglück hervorgerufen.“ Sie würdigt mich und ihre Geschwister keines Wortes mehr und selbst meinen Kindern und meiner Frau ruft sie zu: „bougres prussiens,“ und spuckt aus, wenn sie dieselben sieht. Sie ist vollkommen unzugänglich und stets auf sich beschränkt. Doch hat sie sich nach und nach daran gewöhnt, die Hausordnung zu beobachten und auch etwas zu arbeiten. Ihre Wahnideen sind vollständig fixirt und seit ihrem Hiersein dieselben geblieben.

Weitere Nachforschungen haben ergeben, dass die Mutter in noch höherem Grade als ihre Tochter Maria geistig und körperlich vor den anderen Mitgliedern der Familie hervorragte, und sie vollkommen dominirte. Ohne Zweifel wurde sie auch zuerst krank und wusste durch ihre Autorität den übrigen Mitgliedern der Familie ihren Wahn mundgerecht zu

machen. Vielleicht haben sich auch die Verfolgungsideen nach und nach eingestellt, wie dieses ja so oft beobachtet wird. Leider fehlt es aus dieser Zeit an correcten ärztlichen Beobachtungen. Nur so viel konnte ich feststellen, dass der compensirende Wahn, „der Bundesrath werde helfen und Alles zurückerstatten," schon vorhanden war, als die Familie in Grenchen ankam.

Dass bei Maria ein psychopathischer Process vorliegt, kann nach dem Vorliegenden nicht wohl bezweifelt werden. Wann aber derselbe eingetreten ist, lässt sich schwer bestimmen. Sie soll in jeder Beziehung das Ebenbild der Mutter gewesen sein, und aus meinen Nachforschungen ergiebt sich, dass sie vollkommen dasselbe Auftreten ihren Familienmitgliedern gegenüber beobachtete, wie die Mutter. Als sie in meine nähere Beobachtung kam, war der psychopathische Process abgelaufen und die Verrücktheit durch die vollständige Consolidirung der Wahnideen deutlich zu constatiren.

Dass bei Mutter und Tochter dieselben Wahnideen entstanden sind, ist schon aus dem immerwährenden Zusammenleben zu erklären.

Immerhin ist dieses eine seltene Erscheinung, obschon sie hie und da zur Beobachtung kommt. Mir steht für sie noch ein auffallender Beleg zu Gebote, den weiter aufzuführen hier nicht der Ort ist.

Dass es sich bei Elisabeth, Andreas und den drei anderen Geschwistern sowie beim Vater nicht um einen psychopathischen Process gehandelt haben kann, geht aus dem Vorhergehenden deutlich hervor. Vom Vater ist dies allerdings nicht vollkommen zu beweisen, allein von allen genannten Kindern habe ich erheben können, dass sie im Leben und Denken den Wahn aufgegeben haben, der ihnen seiner Zeit durch die Mutter und Schwester aufoktroyirt wurde und den sie einfach auf logischem Wege adoptirten und ebenso wieder aufgaben, ohne von einem krankhaften Zwange belästigt zu werden.

So wurde wenigstens noch gerettet, was möglich war. Wie viel Leid und Jammer wäre aber der unglücklichen Familie erspart worden, wenn man 10 Jahre früher in richtiger Weise eingeschritten wäre?!

Zur Theorie des Schlafes.

Von

Dr. **Heinrich Obersteiner** jun.

Arzt an der Privatheilanstalt zu Oberdöbling bei Wien.

Der Schlaf ist ein physiologischer Zustand, mit dessen Erklärung sich die Physiologie sonderbarerweise weit weniger befasst hat, als die speculative Psychologie; den Grund dafür hat man wohl darin zu suchen, dass einer exacten, wissenschaftlichen Forschung weit weniger Wege offen stehen, als jener Untersuchungsmethode, welche, den festen Boden der Naturwissenschaft verlassend, sich in transcendenten Höhen nach allen Richtungen hin frei bewegen kann.

Die Schwierigkeiten, die sich für die Untersuchung der Geistesthätigkeit im Schlafe aufdrängen, sind allerdings gross; wenn man bedenkt, dass ein grosser Theil unseres Wissens über das Seelenleben auf Selbstbeobachtung beruht, während des Schlafens aber das Selbstbewusstsein ganz oder wenigstens fast vollständig unterdrückt ist, so wird man wohl begreifen, dass mancher vor einer solchen Untersuchung zurückschreckt; dennoch muss es als eine Lücke angesehen werden, wenn ausgezeichnete und viel gelesene Lehrbücher der Physiologie, wie z. B. das von *Funke*, von *Wundt*, den Schlaf vollkommen übergehen. Ich bin mir sehr wohl bewusst, durch die nachfolgenden Auseinandersetzungen für mein Thema die tiefe Kluft nicht überbrücken zu können, die noch zwischen den geistigen Kräften des Gehirns einerseits und dem Messer des Anatomen, dem Reagensglase des Chemikers andererseits besteht; allein eine solche trennende Kluft besteht nicht blos

für die Gehirnphysiologie; auch für die Functionen der übrigen Organe ist ein gewisser Punkt vorhanden, über den die Wissenschaft nicht hinaus kann, wenn sie den letzten Ursachen einer Erscheinung nachgeht. Wie weit ist es vom Eindringen des Spermatozoen durch die Mykropyle in's Ei, bis zu der dadurch erregten Furchung! Verstehen wir dieses Räthsel besser, als das Bewusstwerden des Lichtstrahles, welcher durch die Pupille eindringt?

Es mag mir daher Befriedigung genug gewähren, die materiellen Vorgänge beim Schlafe mit den psychischen in einen gewissen Einklang zu bringen, ohne den strengen Causalnexus zwischen beiden nachweisen zu können. — Auf eine Zusammenstellung der Literatur glaube ich mich hier nicht einlassen zu müssen, insofern nicht wenig davon für uns keinen weiteren Werth hat, und ich die bedeutenderen Arbeiten im Verlaufe des Textes ohnehin zu erwähnen gedenke. — Vor allem will ich zum leichteren Verständniss eine Parallele zwischen dem Gehirne und dem Muskel durchführen; ein Muskel scheint mir eben das leichteste Vergleichungsobject, eben so gut hätte ich auch ein anderes Organ, z. B. eine Drüse wählen können.

Der Schlaf ist Ruhe für das Gehirn, wie der Mangel von Contractionen Ruhe für den Muskel ist; beide Zustände werden (oft wenigstens) durch das Bedürfniss nach Ruhe, die Ermüdung, eingeleitet; Mangel der nothwendigen Erholung, Ueberarbeitung ist für Gehirn und Muskel ebenso verderblich, wie andererseits ein Uebermaass jener Ruhe. —

Fragen wir also zuerst nach der Natur des Schlafbedürfnisses. Die Ermüdung des Muskels hat ihren Grund in einer durch die angestrengte Action erzeugten Uebersäurung (hauptsächlich durch die gebildete Milchsäure). Nach den Versuchen von *Funke* tritt auch eine Säurung des gereizten Nerven ein, und *Heidenhain* spricht vom Sauerwerden der grauen Substanz; man hat daher alles Recht anzunehmen, dass auch im Gehirn durch seine Thätigkeit eine Säurung eintritt, welche dadurch überhand nehmen kann, dass jene Säuren, welche bei dem Oxydationsvorgange im Gehirne, der seine Ernährung oder seine Thätigkeit darstellt, als Endpro-

ducte auftreten, nicht vollständig durch das Blut so schnell weggeschafft werden können, als sie sich entwickeln. Die Anhäufung dieser Säuren — welcher Natur sie auch immer seien — bewirkt die Ermüdung des Gehirns, zu deren Hebung jene Ruhe des Schlafes nothwendig ist.

Eine ähnliche Ansicht hat im verflossenen Jahre ein Ungenannter in der Wiener medicinischen Wochenschrift ausgesprochen. Er hält den Schlaf für eine Art Kohlensäurenarkose; indem aber während des Schlafens die Oxydationsvorgänge in den Geweben herabgesetzt sind, würden einer weiteren Kohlensäurebildung Schranken gesetzt, und durch Ausscheidung der Tagesrückstände an Säure, allmälig ein annäherndes Gleichgewicht wieder hergestellt. —

Es darf uns nicht irre machen, dass dieses Bedürfniss nach Schlaf in der Regel zur gewohnten Zeit wiederkehrt, auch an solchen Tagen, an denen unser Gehirn weniger gearbeitet hat; ich erinnere wieder nur daran, dass sich in manchen anderen Gebieten des Organismus eine ähnliche Gewohnheitsregelmässigkeit bemerkbar macht; nach schmaler, wie nach reichlicher Nahrungsaufnahme tritt doch meist zu derselben bestimmten Zeit der Drang zur Defaecation ein. — Wenn wir auch ebenso wenig wie *Lotse* verstehen, warum der Ersatz an consumirten organischen Elementen hier in periodischen Absätzen erfolgen müsse, und nicht wie sonst im lebenden Körper das Princip einer augenblicklichen Correction der kleinsten Störungen vorgezogen ist, so mag der Nachweis der Periodicität an anderen Vorgängen des thierischen Körpers dem Schlafe seine scheinbare Sonderstellung benehmen, wenn es überhaupt nothwendig ist, mit der Natur über solche Fragen zu rechten, — warum es so sei und nicht anders, wie es allerdings ebenso leicht möglich wäre. — Wir haben angenommen, dass das Bedürfniss nach Schlaf durch den erhöhten Säuregehalt des Gehirnes bedingt sei, indem das Blut nicht jenes Quantum von Säure aus dem Gehirne abführt, das durch dessen Thätigkeit daselbst erzeugt wird; dadurch wird die Functionsfähigkeit der nervösen Elemente im Gehirn herabgesetzt — Schläfrigkeit; endlich kann aber auch die Säuremenge des Gehirnes so steigen, dass unwillkührlich Schlaf

eintritt, und damit die Thätigkeit dieses Organes auf ein Minimum reducirt ist.

Jenes Uebermaass von Säure im Gehirn, welches den Schlaf mit unwiderstehlicher Macht herbeiführt, gerade so wie der im höchsten Grade ermüdete Muskel jeden Dienst versagt, wird aber in der Regel wohl nicht erreicht; es treten vielmehr andere, später zu besprechende Umstände hinzu, welche das Einschlafen schon früher ermöglichen.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass alle Bedingungen, welche die Abfuhr der Verbrennungsproducte, resp. der Säuren, aus dem Gehirne hindern, schlaferregend wirken werden und umgekehrt. Das Mittel, die überflüssigen Stoffe aus einem Organe zu entfernen, ist ein rascher Wechsel normalen Blutes; dieser kann aber in dreifacher Art alterirt sein:

1) Es kann Hyperämie zugegen sein. Ist diese activ, also in der Regel in beschleunigter Herzthätigkeit gegründet, und damit der Wechsel des Blutes im Gehirne rapider, so wird dadurch der Stoffumtausch beschleunigt, das Schlafen behindert. Ist die Hyperämie aber passiv, Folge einer venösen Stauung, so ist der Blutwechsel ein geringer und der Schlaf tritt leicht ein; wir wählen daher auch gewöhnlich die horizontale Lage zum Einschlafen, wegen des erschwerten Rückflusses des Blutes aus dem Gehirne. So lässt es sich auch erklären, wesshalb von einigen z. B. *Barthez*, *Carpenter* angenommen wird, dass sich das Gehirn, während des Schlafes, im Zustande der Hyperämie befinde; letzterer meint, dass die Hauptursache des Schlafes in dem Drucke zu suchen sei, welchen die ausgedehnten Gehirngefässe ausüben. *Purkinje* dachte an eine mechanische Zusammenschnürung der Stabkranzfasern durch überfüllte Gefässe (oder durch sich contrahirende Nervenfasern der grauen Substanz).

2) Ist hingegen Anaemie des Gehirnes vorhanden, so wird durch die geringere Blutmenge, wenn auch die Circulation mit gewohnter Schnelligkeit vor sich geht, doch die Intensität des Stoffumtausches verringert, das Schlafen befördert; daher die Schläfrigkeit nach grossen Blutverlusten. Ferner sprechen dafür noch viele andere Beobachtungen; so kann man sich leicht überzeugen, dass die Fontanellen der Kinder

beim Schlafen einsinken; *Fleming* in Cork unter anderen hat gezeigt, dass durch Compression der Carotiden Schlaf hervorgerufen werden kann, und endlich zeigen dies auch die directen Beobachtungen an schlafenden Thieren, welche mit besonderer Ausführlichkeit von *W. Hammond* angestellt wurden. Letzterer spricht sich dahin aus, dass die unmittelbare Ursache des Schlafes eine Verminderung des Blutquantums in den Gehirngefässen, die erregende Ursache aber in der Nothwendigkeit gelegen sei, den Substanzverlust, welchen das Gehirn während seiner Thätigkeit erlitten hat, zu ersetzen.

3) Endlich können solche Veränderungen in der chemischen Constitution des Blutes stattgefunden haben, wodurch die Aufnahme der überschüssigen Säure in's Blut und ihre Wegschaffung erschwert wird; dahin gehören manche Blutvergiftungen, z. B. durch Kohlenoxyd; besonders eine Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure bei Mangel von Sauerstoff, welche Wirkung vor allem dem Opium zukommt; beim Chloralhydrat ist der schlafmachende Einfluss wohl auf beide Spaltungsproducte, also neben dem Chloroform auch auf die Ameisensäure zu schieben. — Hingegen nimmt wahrscheinlich ein Kohlensäure armes Blut desto begieriger die deponirten Säuren aus den Organen auf, während gleichzeitig vorhandener Sauerstoffüberfluss den Verbrennungsprocess lebhafter macht. So wird durch Einathmen von Sauerstoff gleichsam ein Zustand von potenzirtem Wachen geschaffen. — Vielleicht ist das Gähnen, wenigstens zum Theil, als eine durch das Bedürfniss nach sauerstoffreichem Blute erregte forcirte Einathmung. Wie mir Dr. *Exner* mittheilt, pflege er auch zu gähnen, wenn er sich beim raschen Bergsteigen anstrengte.

Indem ich im Vorhergehenden sowohl der Ansicht jener, welche glauben, den Schlaf begleite eine Ueberfüllung der Gehirngefässe, wie der entgegengesetzten Meinung Rechnung getragen habe, kann ich eine Bemerkung nicht unterdrücken.

Man ist nun gern geneigt der Hyperämie oder Anämie des Gehirnes zu viel Bedeutung für die Erklärung schwer verständlicher Erscheinungen beizulegen, und glaubt genug gethan zu haben, wenn man sagt, einer dieser beiden Zustände sei vorhanden gewesen.

Die Arterien des Gehirnes lassen sich in gewisser Hinsicht mit den AA. bronchiales der Lungen vergleichen. Wie diese nur die eigentliche Ernährung der Lunge zu besorgen haben, ohne an deren Functionen direct zu participiren, so haben jene vor allem nur die Gewebselemente des Gehirnes zu ernähren, durch Erhaltung der Substanz und Wegschaffung des Verbrauchten für die Leistungsfähigkeit des Organes zu sorgen; sie sind es aber nicht, welche den Anstoss zum Functioniren einer Zellgruppe geben. Diese Initiative kann doch nur wieder vom Nervensystem selbst ausgehen; und wenn auch eine functionelle Hyperämie einzelner Rindenbezirke eintreten kann, so ist doch nicht erwiesen, dass sie vorhanden sein muss, noch weniger aber wird vermehrter Blutzufluss zu einzelnen Zellgruppen dieselben nothwendigerweise in Thätigkeit versetzen, sonst würden wir durch den leisesten Anstoss, durch jede Stellungsänderung des Körpers, mit verschiedenen Hallucinationen, mit Krämpfen und mit den sonderbarsten Gedanken gequält werden; und dann sind ja die Ausgleichsmechanismen, die im Gehirne für veränderten Blutgehalt bestehen, ohnehin bekannt. Wohl aber ist eine Alteration der Gehirncirculation nach einer der drei oben angegebenen Richtungen im Stande auf die Functionsfähigkeit des Gehirnes Einfluss zu äussern, aber nur dadurch, dass der Stoffumsatz in den nervösen Elementen erleichtert oder erschwert, befördert oder gehemmt wird. — Daher erklärt sich auch die Aehnlichkeit der Symptome, die zwischen manchen Fällen von Hyperämie und solchen von Anämie des Gehirnes besteht, worauf auch *Niemeyer* mit Nachdruck verweist.

Ebenso hat es sich für den Schlaf als richtig erwiesen, nicht so sehr auf die absolute Blutmenge im Gehirne Rücksicht zu nehmen, als vielmehr auf die, damit allerdings in Zusammenhang stehenden Veränderungen im Stoffwechsel dieses Organes. — Die wichtigsten Aufschlüsse aber über diesen Punkt hat weniger die pathologische Anatomie, als die physiologische und pathologische Chemie zu gewähren.

Damit Schlaf eintrete ist es nothwendig einen solchen Zustand zu schaffen, in welchem die Verbindung des Centralorgans mit der Aussenwelt aufgehoben ist, d. h. in welchem

die Hirnrinde von keinerlei Eindruck getroffen wird, der mächtig genug wäre eine Empfindung zu erregen (dies gilt mit wenigen Ausnahmen).

Nach der *Fechner*'schen „Maass-Formel steht die Grösse der Empfindung (γ) in geradem Verhältniss zum Logarithmus des Reizes (β) bezogen auf seinen Schwellenwerth (b), das ist jene Reizgrösse, welche nöthig ist, damit überhaupt Empfindung entstehe $\gamma = R \log \frac{\beta}{b}$. Nun ist begreiflich, wie auch *Kohlschütter* nachgewiesen hat, dass wenn die Nerven durch lange Thätigkeit ermüden (dasselbe gilt auch von den Nervenfasern der weissen Gehirnsubstanz), dieselben die äusseren Reize nicht mehr mit der gleichen Intensität auf's Gehirn übertragen können, die Reize werden also abgeschwächt, β wird kleiner; andererseits nimmt auch die Erregbarkeit des Gehirnes durch die Ermüdung ab, es bedarf eines grösseren Reizes, um eine Empfindung zu Wege zu bringen, der Schwellenwerth (b) steigt. Begreiflicher Weise kann dann keine Empfindung mehr zu Stande kommen, wenn die Reizgrösse den Schwellenwerth gar nicht mehr erreicht, wenn $\beta < b$, und damit der $\log \frac{\beta}{b}$ negativ geworden ist. Dies entspricht also jenem zum Einschlafen nothwendigen Zustand des Gehirnes.

Ermüdung des Gehirnes, sei sie normal auf angestrengter Thätigkeit begründet, oder Folge abnormer Circulationsverhältnisse, ist aber in der Regel, wie schon oben bemerkt wurde, nicht das einzige Wirkende zur Erzielung von Schlaf. Wir wenden noch weitere Mittel an, den äusseren Reizen den Weg zur Hirnrinde abzusperren; wir schliessen die Augen, wir bleiben ruhig liegen, um nicht Gelegenheit zu neuen Tastempfindungen zu geben, wir suchen ferner von allen übrigen Eindrücken zu abstrahiren. — Allein eine solche Abstraction von allem Aeusseren ist noch nicht Schlaf; ein solcher Zustand kann bei jedem tieferen aufmerksamen Nachdenken, beim „Versunkensein in die eigenen Gedanken“ eintreten; nothwendig ist vielmehr, dass unsere Aufmerksamkeit in keiner Richtung in Anspruch genommen sei.

Die Sinneseindrücke hindern das Schlafen nur in so weit

sie unsere Aufmerksamkeit erregen. Der Grad, in welchem durch eine Empfindung unsere Aufmerksamkeit wach gerufen wird, und damit auch die Stärke einer Empfindung, hängt aber auch zum grossen Theil ab von der Differenz der Intensität, die zwischen dieser neuen Wahrnehmung und der eben vorhergehenden besteht, oder wir empfinden, mit gewissen Beeinschränkungen, eben nur Veränderungen, aber nicht constante Zustände. Es ist bekannt, dass man bei vollkommen strenger Fixirung eines Punktes bald gar nichts mehr sieht; ein Geruch, der mit derselben Intensität einwirkt, wird bald nicht mehr wahrgenommen; bleibt man nur wenige Minuten unbeweglich in der nämlichen Stellung, so ist man, ohne auf seine Glieder zu sehen, nicht mehr im Stande, deren Lage anzugeben, wenn man sich dieselbe nicht von früher gemerkt hat; dieser letztere Versuch ist am leichtesten anzustellen, und am überraschendsten; man glaubt liegend, den rechten Fuss über den linken gelegt zu haben, während vielleicht das Umgekehrte der Fall ist, oder beide gerade neben einander ausgestreckt sind; man wird meinen, in der geschlossenen Hand eine Feder zu halten, während man sie offen hält u. s. w.

Das Geräusch von Wassertropfen, die ziemlich schnell nach einander auf eine tönende Unterlage fallen, schläfert die Aufmerksamkeit, das Gehirn ein; sind aber die Intervalle zwischen den einzelnen fallenden Tropfen grösser, so wird im Gegentheil jeder neue Ton die Aufmerksamkeit erregen und somit das Einschlafen verhindern.

Zum Einschlafen genügt es aber nicht, wie gesagt, von diesen äusseren Eindrücken zu abstrahiren; es ist auch nöthig, dass unsere Aufmerksamkeit nicht durch die Denkthätigkeit in Anspruch genommen wird. Aber auch diese ist für ein ermüdetes Gehirn erschwert, und andererseits trachten wir willkührlich die Aufmerksamkeit zu eliminiren, indem wir, um einzuschlafen, uns nicht mit der Lösung complicirter Fragen beschäftigen, sondern Dinge der leichtesten Art überdenken, — ein bekanntes Mittel einzuschlafen ist, wiederholt bis 10 zu zählen; — bei langweiligen Reden wird man ja auch leicht vom Schlafe übermannt.

Es wird nöthig sein auf diesen Punkt näher einzugehen.

Jeder Willensact ist zusammengesetzt aus einer zweifachen Thätigkeit. Zuerst ist nothwendig, dass alle vorhandenen Impulse zu Reflexactionen unterdrückt, oder wenigstens abgeschwächt werden, mit Ausnahme desjenigen, der eben den gewünschten Effect nach sich zieht; dann wird diese eine als „freigewollt“ bezeichnete Reflexaction zu Tage treten, was den zweiten hierbei in Betracht kommenden Punkt darstellt. — Indem ich also diesen letzteren Vorgang als einen, wenigstens im weiteren Sinne, reflectorischen auffasse, bezeichne ich nur den ersteren, den der Hemmung, der Unterdrückung als Willensthätigkeit, ohne damit das Wesen des „Willens“ vollkommen erklären zu können. Als anatomisches Substrat dieser Hemmung hat man die Grosshirnrinde angesehen. Zahlreiche Versuche machen dies klar. Entfernt man einem Thiere die Hemisphären, so ist seine ganze Thätigkeit nur zusammengesetzt aus den unmittelbaren Folgen reflexerregender sensibler Eindrücke. Wirken solcher mehrere zu gleicher Zeit ein, so wird jener die deutlichste Reflexaction zur Folge haben, welchem der grösste Reizwerth entspricht. — Die Erscheinungen an enthirnten Thieren sind zu bekannt, als dass es nothwendig wäre, dieselben hier zu besprechen. — Bis zu einem gewissen Grade ähnlich sind auch die Lebensäusserungen jener Menschen, deren Gehirn einem atrophischen Process anheim gefallen ist; nur mit dem Unterschiede, dass bei solchen die Symptome nicht so rein auftreten können, indem entweder die Destruction der Hirnrinde keine vollständige oder der krankhafte Process auch auf weitere Gebiete ausgebreitet ist.

Anders verhält es sich bei Menschen oder Thieren, so lange sie im Besitze ihres intacten Gehirnes sind; da wird nicht immer jener Reflex zu Tage treten, dem der stärkste Reiz zu Grunde liegt; er kann unterdrückt werden durch das hindernde Dazwischentreten einer Hemmung und statt seiner eine ganz andere Bewegung erfolgen. — Wir wissen, wie starke Niess- oder Hustenreize wir unterdrücken können, wenn wir es uns vornehmen. Bei einer unangenehmen Berührung zucken wir unwillkührlich mit dem getroffenen Gliede; sind wir aber aufmerksam, wollen wir, so sind wir im Stande das Glied ruhig zu lassen; wir können dies durch Anstrengung

unseres Willens (in *Kant's* Sprache „Gemüthsoperationen"). Wenden wir nun dasselbe auf das Bewusstwerden, das äussere wie das innere an: Wenn unser Gehirn gleichzeitig von mehreren äusseren Eindrücken getroffen wird, so sind wir im Stande, unsere Aufmerksamkeit auf Einen daraus zu concentriren, von den anderen aber zu abstrahiren, indem wir sie abschwächen, und nur jenen allein gleichsam in's Bewusstsein reflectiren. — Zweitens: wenn wir nachdenken über ein schwieriges Problem, so handelt es sich für uns darum, die richtigen Associationswege aufzufinden. Von einer Ganglienzellengruppe pflanzen wir die Erregung auf eine andere fort, wir associiren, und thun dies dadurch, indem wir dem Gedankenfluss auf jenen Bahnen, welche die leichtesten sind, ein Hemmniss entgegensetzen, ihn von dort ab und auf schwierigere Wege lenken; dies geschieht aber nur mit Hülfe der Aufmerksamkeit, durch die Kraft des Willens. Ohne diese associiren sich die Vorstellungen nach den Bahnen, welche das Ueberspringen der Kraft von einer Zelle zur anderen am ungehindertsten gestatten, während sich andererseits auch neue Vorstellungen, die mit der früheren durch kein nachweisbares Band zusammenhängen, plötzlich in's Bewusstsein drängen, da die Aufmerksamkeit die erstere Vorstellungsweise nicht festhält, der Wille diese neu auftauchende nicht unterdrückt. Dies offenbart sich in der Gedankenflucht, dem regellosen Gespräche des Verwirrten, im Durcheinander des Traumes; setzt aber der Wille Schranken, schliesst er, um mich eines Bildes zu bedienen, welches *Des-Cartes* für seine Theorie von der Nervenleitung in Anspruch genommen hatte, gewisse Ventile der Nerven, so muss nachdem die leichteren Wege undurchgängig geworden, ein schwererer gewählt werden. Wie eine Kugel auf unebener Fläche freigelassen, sich immer an die abschüssigen Stellen halten und bergab laufen wird, während, wenn wir sie lenken, mit Benutzung angemessener Kraft, durch in den Weg gelegte Hindernisse, die Kugel auch entgegen der Schwerkraft bergauf rollen können, so können wir auch dem freien Ablaufe unserer Vorstellungen eine andere Richtung geben durch Anwendung der Willenskraft — und dies geschieht beim bewussten Nachdenken. Je kräftiger diese

Hemmung durch den Willen, dieses Fixiren der Aufmerksamkeit ist, auf je complicirtere Bahnen die Associationsvorgänge geleitet werden können, desto erfolgreicher kann das Nachdenken geworden sein.

Im Schlafe hat diese Hemmungsthätigkeit des Willens aufgehört, er hat die Macht über Thaten wie über Gedanken verloren.

Schon beim Einschlafen, wenn wir noch theilweise das Bewusstsein besitzen, drängen sich uns plötzlich Vorstellungen auf, die uns anscheinend gar fern gelegen haben, absurd erscheinen, ohne dass wir sie mit unserem Willen nicht hemmen wollten — wir können es noch, aber dann würden wir wieder vollkommen erwachen.

Jeder Hemmungsvorgang im Centralnervensysteme, sei es Hemmung der Herzthätigkeit oder eine anderweitige Reflexhemmung, ist sicherlich ein Vorgang, dem ein chemischer Process zu Grunde liegt — es trägt daher auch die Willensthätigkeit durch vermehrte Erzeugung von Oxydationsproducten zur Ermüdung des Gehirnes bei.

Ein Melancholiker, der vor sich hin brütend den ganzen Tag ruhig sitzt, und seine Gedanken bloss auf den ihnen leichtesten Wegen schweifen lässt, der seinen Willen, welcher ihm keineswegs mangelt, nicht anwendet, ihnen andere Bahnen anzuweisen, der weder körperliche noch geistige Kraft verbraucht, kann lange Zeit schlaflos zubringen, mit relativ geringem Schaden. Der Blödsinnige hingegen, der äusserlich oft einem Melancholiker im hohen Grade gleicht, bedarf aber des Schlafes; er hat sein Gehirn absolut nicht mehr angestrengt, nicht mehr Willenskraft verwendet, als der erstere; aber sein Gehirn ist nicht mehr intact, und mit dem verlorenen Substrate, ist auch sein Wille im entsprechenden Maasse abgeschwächt; und der kleine ihm gebliebene Rest, bedarf ebenso nothwendig einer Restauration, ermüdet ebenso, wie ein gesundes Gehirn mit normalen Functionen.

Wie steht es nun mit der Perception von Sinneseindrücken während des Schlafes? Für einen Theil von äusseren Eindrücken ist es richtig, dass sie gar keine Empfindung erregen, dass der Werth von $\gamma = 0$ oder negativ geworden ist; dies

gilt aber nur mit gewissen Beschränkungen. Nehmen wir den speciellen Fall eines Geräusches an, das nicht kräftig genug ist, uns zu erwecken. Es kann aber ein Eindruck an die Hirnrinde gelangen, der durch die Abschwächung von β der Reizgrösse und durch das Wachsen von b, dem Schwellenwerth, allerdings nur gering ausfällt. Aber auch diese Empfindung wird nicht so in's Bewusstsein gelangen, als im wachen Zustande; die Aufmerksamkeit hat aufgehört, die Hemmung des Willens existirt nicht mehr; es wird demnach die Erregung alsbald übergreifen, nicht blos auf benachbarte, sondern auch auf entfernte Zellgruppen, und dadurch ihre Kraft verbreiten. In's Bewusstsein ist aber eine ausgedehnte Summe wenig zusammenhängender Vorstellungen als Traum getreten; während die ursprüngliche Empfindung nicht richtig aufgefasst und vielleicht gar nicht im Gedächtniss behalten worden ist.

Erst wenn der Reiz eine gewisse Stärke erreicht hat, erweckt er die Aufmerksamkeit und damit alsbald auch die gesammte Thätigkeit des Gehirnes.

Wir sehen demnach im Schlafe einen Zustand des Gehirnes, in welchem die Reflexhemmung vom Gehirne aus, die ich als Wille bezeichne, aufgehoben und jede Aufmerksamkeit entfernt ist; dies tritt dann um so leichter ein, wenn das Gehirn sich bereits in seinem, auf Uebersäurung begründeten Zustand der Ermüdung befindet.

Wien, am 17. December 1871.

Kleinere Mittheilungen.

Die amtliche Erhebung und Verarbeitung der Selbstmordursachen in Preussen (nach der Abhandlung: Die Selbstmorde in Preussen im IV. Quartal 1868 und im Jahr 1869, in der Zeitschrift des Königl. Preuss. Statist. Büreaus von Engel, 1871, H. I. u. II.) leidet an so bedeutenden Mängeln, dass der wissenschaftliche und etwaige praktische Werth der so gewonnenen Resultate dadurch nicht unbedeutend beeinträchtigt wird. Das in Frage stehende Gebiet fällt nämlich theilweise in das Gebiet der Psychiatrie hinein und haben die angegebenen Mängel zum Theil in den bei der Abhandlung zu Tage tretenden allgemeinen Anschauungen, zum Theil in der Art der Ansammlung der Urmaterialien (der Einrichtung des Zählblättchens), zum Theil endlich in der weiteren Verarbeitung und Eintheilung der gesammelten Materialien ihren Grund.

Wenn man nun auch zugeben muss, dass die Mangelhaftigkeit der Resultate z. Th. durch die Art der Erhebung der Data (durch Laien in der Psychiatrie) und durch die vielfach mehr oder weniger vorhandene Unmöglichkeit exakter Nachforschung bei derselben bedingt ist, so muss man doch die Behauptung aufrecht erhalten, dass bei den gegebenen Umständen durch eine mehr sachgemässe Einrichtung mehr sachentsprechende Resultate hätten gewonnen werden müssen. Indem daher in Folgendem die Mängel der amtlichen Erhebung und Verarbeitung dargelegt werden, wird noch bemerkt, dass als dieselben in der gleichen jetzt folg. Art auf der 44. Naturforscher-Versammlung in Rostock, psychiatr. Sekt., 21. Sept. 71 zur Sprache gebracht wurden, sich auf ausdrückliches Befragen gegen diese Kritik keine Stimme erhob und von dem sehr überwiegenden Theil der Versammlung die Zustimmung zu derselben ausgesprochen wurde. — Die beregten Mängel treten am Evidentesten in dem Resultat dieses Theils der Arbeit, der Tabelle III. (S. 100 ff.) hervor, deren Kopf daher umstehend wiedergegeben ist. Was die 1. Hauptuntergruppe betrifft, so soll mit „den krankhaften Zuständen der Seele" das Gebiet der Geisteskrankheiten bezeichnet werden. Die dort vorhandene Detaileintheilung: Geistesstörungen, Geistes-Abnahme und -Schwäche, Gemüthskrankheiten, Schwermuth, kann von psychiatrischer Seite nicht acceptirt werden. Von den folg. Positionen gehören die Fieberparoxysmen, womit offenbar Fieberdelirien gemeint sind,

dem Gebiete der Geisteskrankheiten an, und muss dies auch in der Eintheilung hervortreten. Bezüglich der Unterabtheilungen der VI. Hauptgruppe gilt dasselbe mit derselben Folgerung von „Säuferwahnsinn" und „Betrunkensein". Bezüglich der VIII. Hauptgruppe „Lebensüberdruss ohne Angabe der Veranlassung" findet sich S. 68 die Ausführung, dass jeder Selbstmord entweder aus Geisteskrankheit, oder im Fall diese nicht vorliege, aus Lebensüberdruss hervorgehe, in Folge tiefer Gemüthsaufregungen, oder aus Lebenshass in Folge Unzufriedenheit mit der materiellen oder gesellschaftlichen Lage, oder in leidenschaftlicher Aufregung, die theilweise schon an Geisteskrankheit grenzen kann. Es seien also der Lebensüberdruss etc. das Durchgangsstadium jedes nicht in Folge von Geistesstörung verübten Selbstmordes, es handle sich aber darum, die Ursache dieses Lebensüberdrusses etc. kennen zu lernen. Ausser der angeführten Beziehung tritt jedoch, wie gegen jene Ausführung zu bemerken ist, sehr vielfach der Lebensüberdruss etc. mit dem Hang zum Selbstmord als hervorragendstes Symptom exquisiter Geistesstörung auf. Er wird dann um so mehr ausschliesslich sich der Beobachtung aufdrängen, je geringer die Kenntniss der Seelenvorgänge überhaupt ist, je flüchtiger die Beobachtung, je weniger die Aufmerksamkeit auf die Erscheinungen ausser dem Lebensüberdruss gerichtet ist. Der Beweis, dass hier der Lebensüberdruss Theilerscheinung einer Geisteskrankheit ist, wird dadurch geliefert, dass ausser demselben noch anderweite Erscheinungen von Geistesstörung existiren, ferner dadurch, dass der Lebensüberdruss seiner Dauer und der Intensität seiner Erscheinung nach das Motiv von dem vernünftigen Standpunkt des Selbstmörders aus (auf seinem früheren gesunden Standpunkte, unter den vorliegenden Umständen) bei Weitem überragt. Wenn nun auch ein Theil der betreff. Thatsachen nur sorgfältiger sachverständiger Ermittelung anheimfällt, so hat doch ein anderer auch für den Laien bei einiger Aufmerksamkeit hinreichend charakteristisches Gepräge. Es dürfte sich daher darum handeln, eine Formel für die Fragestellung des Zählblättchens zu finden, welche nicht das Urtheil vorweg gefangen nimmt, sondern auf den principiellen Gegensatz aufmerksam macht und die Mittel der Orientirung an die Hand giebt. — Aus dieser Ausführung ergiebt sich zugleich, dass, wo Fälle von Lebensüberdruss mit angegebener primärer Ursache unter letzteren rubricirt sind, diese auch einen Theil von Fällen mit Geisteskrankheit enthalten, die für diese bestimmte Gruppe daher einen geringeren Satz darstellt, als der wirklichen Sachlage entspricht

Es ist noch zu bemerken, dass, wenn man die Behandlung der Selbstmordursachen bei Nichtgeisteskranken der Zeit und den Umständen nach für reif genug hält, man sich bei dem vielfach ähnlichen und übergänglichen Gebiet der Geisteskrankheiten desselben Gesichtspunktes nicht wird entschlagen können, und dass, wenn man den Theil mit nicht hinlänglich sicher ermittelter Ursache der Geisteskrankheit ausfallen lässt, ein anderer Theil übrig bleiben wird, der denselben geringeren oder grösseren Grad

Tafel III. Die Selbmordursachen im Jahre 1869 nach Geschle[cht] ... Ort und M[onat] ...

Alter u. Geschlecht der Selbstmörder.	I. Krankhafte Zustände.									II. Tie[f] ...										
	der Seele				des Leibes					Furcht vor Strafe wegen:										
					Körperlich. Krankheit					Vergehen gegen:										
	Geistesstörungen	Geistes-Abnahme u. Schwäche.	Gemüthskrankheiten.	Schwermuth.	Unheilbare	Schmerzhafte	Langwierige	Unbestimmte	Fieberparoxysmen.	Leben und Gesundheit.	Eigenthum.	Sittlichkeit.	Oeffentliche Ordnung.	Besondere Dienstpflichten.	Brandstiftung.	Meineid.	Anderer Vergehen	Ungenannter Vergehen	Anderer Unannehmlichkeiten.	Reue und Gewissensbisse

von sachlichem Werth haben wird, wie bei den Ursachen von Selbstmorden ohne nachgewiesene Geistesstörung.

In diesen Ausführungen sind auch die Gründe enthalten, wesshalb der Eintheilung der Tabelle auf S. 69 nicht zuzustimmen ist.

Versuchsweise Zusammenstellung von 31 Schwermuthsfällen nach ihren muthmaasslich wahren Ursachen.

Nähere Umstände der That.	Scheinbar wahre Ursache.								S.
	Geistesstörung.	Geistesschwäche.	Erwerbsunfähigkeit.	Körperliche Gebrechen.	Arbeitslos.	Liderliches Leben.	Tod der Ehefrau.	Vermögens-Verlust.	

Soll in diesem Fall der Name Schwermuth, wie sonst in der Abhandlung, eine bestimmte Form von Geisteskrankheit bezeichnen, so hat die Eintheilung Uebelstände, die nach dem Gesagten nicht erörtert zu werden brauchen. Soll aber Schwermuth eine Gemüthsverstimmung bezeichnen, die ebenso wohl der geistigen Gesundheit als Krankheit angehören könne, so kann man die Beziehung der Geistesstörungen, welche Selbstmord veranlassen, auf diesen Grund der Gemüthsverstimmung nicht für erschöpfend halten, ferner ist die angegebene Eintheilung der Geisteskrankheiten nicht sachentsprechend, endlich würde der Parallelismus mit den anderen angeführten Ursachen die Angabe der Ursachen der Geisteskrankheit erfordern.

Wir schliessen die Kritik über die Behandlung der Selbstmordursachen

ter, Familienstand und Beruf der Selbstmörder, sowie nach Zeit,
r That geordnet.

Gemüthsaufregungen.							III.	IV.	V. Wirthschaftliche Gründe.				VI Sittliche Verkommenheit.							VII	VIII.	IX.	X.
…iebe		im Ehe- und Familienleben.															Trunksucht.						
		in der Ehe																					
Sonstiges Missgeschick in der …	Eifersucht.	Unfrieden.	Sonstig. Missgeschick	Zwietracht zwischen Eltern und Kind	Sonstige Familienstreitigkeiten	Verlust v. Angehörigen	Plötzliche Gemüthsaffecte	Religiöse Schwärmerei	Vermögensverfall und Vermögensverluste.	Noth und Nahrungssorgen	Arbeits- und Dienstlosigkeit.	Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsscheu	Leichtsinnige Lebensweise	Ausschweifendes Leben	Sittliches und körperliches Verkommensein.	Trunksucht	Säuferwahnsinn	Betrunkensein	Sonstige Ursachen	Lebensüberdruss ohne Angabe der Veranlassung	Unbekannt	Zusammen.

in der Abhandlung, indem wir Protest erheben gegen eine in derselben ausgesprochene allgemeine Anschauung, welche in hohem Grade dazu beitragen muss, die Fälle unrichtig zu beurtheilen und falsch zu rubriciren. Sie findet sich S. 68. „Wer z. B, nachdem er Gift genommen, sich noch am Rande des Wassers, oder in der Schlinge, die er bereits um den Hals gelegt hat, erschiesst, wer vor dem in das Wasser Gehen die Arme und Beine zusammenbindet, oder die Taschen mit Steinen beschwert, der giebt über allen Zweifel zu erkennen, dass er die Möglichkeit seiner Rettung und Erhaltung am Leben so vollständig wie möglich abschneiden will.... Unter allen Umständen geben (derartige Vorkehrungen) den Belag, dass der Selbstmörder im Augenblicke der That die denkbaren Zwischenfälle berücksichtigt hat, mithin das Vermögen, die Folgen seiner Handlungen vorher zu überlegen, nothwendig besessen, also bei gesunden, ungetrübten Geisteskräften gehandelt haben muss. Auf diese Weise bieten diese Fälle Beweismaterial in der Streitfrage über das Verhältniss der Selbstmorde zu den Geisteskrankheiten etc." Wir bemerken hierauf kurz, dass diese Beweise von Ueberlegung und Consequenz durchaus keinen Grund, nicht einmal irgend einen muthmaasslichen, gegen die Annahme von Geisteskrankheit abgeben können. Es liefern im Gegentheil unzweifelhaft Geisteskranke Beweise einer viel grösseren Ueberlegung, einer erstaunlichen Festigkeit und Zähigkeit bei Verfolgung ihrer Zwecke.

Nachdem im Vorstehenden die Mängel der amtlichen Erhebung und Verarbeitung der Selbstmordursachen nachgewiesen sind, handelt es sich um Vorschläge, etwas Besseres an deren Stelle zu setzen. Dieselben müssen einerseits den Forderungen der Wissenschaft entsprechen, anderer-

seits müssen die Fragepunkte des Zählblättchens auf die Erhebung durch Laien (auf der Bildungsstufe der Amtmänner) berechnet sein. Nach allem Angeführten wird in der Tabelle, dem Endresultat der Arbeit die Scheidung zunächst stattfinden in

I. Fälle mit Geisteskrankheit und

II. Fälle ohne nachgewiesene Geistesstörung.

Die weitere Eintheilung der I. Hauptgruppe wird die Eigenschaft haben müssen, dem Laien in die Augen zu springen und leicht erfassbar zu sein, so wie durch Hervorhebung der bestimmten Kriterien die Rubricirung der Fälle an dieser Stelle unter den Geisteskrankheiten, zu sichern. Demnach wird folgende Eintheilung mit Rücksicht auf Tabelle III. S. 100 vorgeschlagen; Fälle mit Geisteskrankheit.

1. Schwermuth.

(Unter diese Form gehört jede Art schwermüthiger Gemüthsverstimmung und jede Art von Lebensüberdruss etc., welche sich als Geisteskrankheit zu erkennen geben. Dieser Beweis liegt in dem Missverhältniss, das die Dauer und Intensität der Verstimmung resp. des Lebensüberdrusses etc. zu dem Motiv desselben von dem vernünftigen Standpunkt des Thäters aus unter den gegebenen Umständen haben, so wie besonders in dem Nachweis auch anderweitiger Zeichen von Geisteskrankheit).

2. Anderweite Formen von Geisteskrankheit, so weit dieselben nicht unter No. 3. 4. 5. fallen.

3. Fieberdelirium.

4. Säuferwahnsinn.

5. Betrunkensein.

Es ergiebt sich ferner aus dem früher Ausgeführten, dass in beiden Hauptgruppen die Ursachen, wo diese mit hinreichender Genauigkeit ermittelt werden können, bei der 1. die der Geisteskrankheit, bei der 2. die des Selbstmordes ohne das nachgewiesene Zwischenglied der Geisteskrankheit anzugeben und bei der Bearbeitung in Beziehung zu bringen sind. Bezüglich der Eintheilung der Ursachen dürfte es zu empfehlen sein, die bei der Bearbeitung befolgte vorläufig im Wesentlichen beizubehalten, da dieselbe als etwas thatsächlich Gegebenes erscheint und eine übereinstimmende Eintheilung unter den Psychiatern schwerlich zu erzielen ist.

Die Annahme vorstehender Vorschläge würde eine Aenderung der pos. 10 des Zählblättchens für Selbstmorde

„10. Ursache (muthmassliche oder bestimmte) des Selbstmords, ob aus Schwermuth, verletzter Ehre, Furcht vor Strafe etc.?" bedingen. Es dürfte am Angemessensten sein, diese Pos. 10 in 3 Fragepunkte aufzulösen, eine Eintheilung der Geisteskrankheit in obigem Sinne auszuführen und zugleich eine kurze und einfache Erläuterung beizufügen, in folgender Weise:

10. War Geisteskrankheit vorhanden und welche?
nämlich:

a) **Schwermuth**

(Erläuterung: Hierhin gehört auch jede Gemüthsverstimmung, Lebensüberdruss etc., die sich als Geisteskrankheit zu erkennen geben: Letztere ist anzunehmen, wenn die Gründe so geringfügig sind, dass sie bei dem früheren vernünftigen Zustande des Selbstmörders unter den gegebenen Umständen nicht die Höhe der Verstimmung, aus der der Selbstmord hervorging, veranlasst hätten, oder wenn die Verstimmung eine zu lange Dauer hat, als der Ursache entspricht, besonders wenn noch andere Zeichen von Geisteskrankheit sich nachweisen lassen).

b) **Anderweite Formen von Geisteskrankheit, soweit sie nicht unter c, d, e fallen.**

c) **Fieberdelirien** (Fieberphantasien).

d) **Säuferwahnsinn.**

e) **Betrunkensein.**

11. **Welches war die (muthmaassliche oder bestimmte) Ursache der Geisteskrankheit im Falle 10.**

12. **Welches war die (muthmaassliche oder bestimmte) Ursache des Selbstmordes, wenn F. 10 nicht vorlag?**

Diese sämmtlichen Ausführungen betreffen die Selbstmordursachen und lag es in der ursprünglichen Absicht, nicht über diesen Punkt hinaus zu gehen. Es wurde jedoch in der angeführten Sektionssitzung der Naturforscher-Versammlung vom Herrn Med.-Rath *Fränkel* aus Dessau der weitere Vorschlag gemacht, in das Zählblättchen die Frage aufzunehmen:

„Wurde die Sektion gemacht, und welches waren in diesem Falle die Hauptresultate derselben?"

Wenn nun auch dieser Fall im Preuss. Staate verhältnissmässig selten vorkommen wird, so muss man doch, auch bei einer nur mässigen Zahl von Fällen, den so gewonnenen Resultaten wissenschaftlich eine grosse Bedeutung beilegen, und muss daher diesem Vorschlage zugestimmt werden, wenn nicht etwa andere, an Gewicht noch bedeutendere Fragepunkte beeinträchtigt werden.

Indem wir hiermit unsere Vorschläge schliessen, geben wir uns nicht der Hoffnung hin, dass bei der Annahme unserer Vorschläge über die Erhebung der Selbstmordursachen alle Unvollkommenheiten und Unzuträglichkeiten beseitigt sind. Jedoch sind wir der Ansicht, dass wenn die Erhebungen durch praktische Aerzte geschähen, dieselben denjenigen Grad von Sicherheit darbieten würden, welcher unter den gegebenen Umständen der dermaligen Verbreitung psychiatrischer Kenntnisse unter den praktischen Aerzten entspricht. Bei der, wie sie zu erwarten steht, statt findenden Ausfüllung durch Laien, werden die Erhebungen denjenigen Grad von sachentsprechendem Verhalten darbieten, welcher bei dem dermaligen Bildungszustande und der möglichsten Sorgsamkeit der ausfüllenden Personen unter den gegebenen Umständen der Natur der Sache nach überhaupt zu erzielen ist.

Dr. *Tigges.*

Irrenheil- und Gefängnisskunde. — Unter den vielfachen Berührungspunkten der Irrenheilkunde mit dem praktischen Leben haben seit Jahrzehnten, namentlich mit der Einführung der Isolirhaft in gewissen Strafanstalten, die Fragen in wie fern die Gefangenschaft, namentlich diese Art des Strafvollzugs das geistige Leben der ihr Unterworfenen beeinflusst, wie häufig Selbstmord und Wahnsinn bei isolirten Sträflingen vorkomme, wie lange das geistige Leben die Einzelhaft ertragen könne ohne unterzugehen, u. a. m. lebhaft das Interesse sachverständiger Kreise in Anspruch genommen. Eine besonders pikante Streitfrage, die trotz lebhafter Polemik nicht zum befriedigenden Austrag gelangte, war die, in wie fern ein Sträfling, wenn er in Seelenstörung verfalle, aufhöre Object der Strafrechtspflege zu sein und in eine Irrenanstalt zu transferiren sei. Ueber alle diese Punkte giebt Dr. *Baer* in einem kürzlich erschienenen beachtenswerthen Werk [1]) interessante Ansichten und Aufschlüsse, deren nähere Prüfung von Seiten irrenärztlicher Kreise im Interesse der Sache dringend wünschenswerth erscheinen dürfte.

Unter den Verbrechern kommen Geisteskrankheiten entschieden häufiger vor als in der freien Bevölkerung. Nach *Lelut* (Frankreich) kamen auf 100 Gefangene 2 Psychischkranke = 2%, in den Zuchthäusern zu Pentonville und Milbank (England) 1,3%, nach *Delbrück* in Halle 1,7% unheilbare, einer Irrenanstalt bedürftige Sträflinge und 2% an psychischen Uebergangsformen mit periodischen Anfällen und an leichten chronischen Formen von Geistesstörung Leidende, nach *Gutsch* (Bruchsal) 3% Geisteskranke, nach *Moritz* (Graudenz) 3,5%. Eingehend beschäftigt sich *B.* mit den Ursachen der verhältnissmässig grossen Zahl psychischer Erkrankungen unter den Gefangenen und wundert sich geradezu „dass unter den vielen angeborenen, angeerbten und anerworbenen Momenten, die in der Verbrecherwelt als zu einem gestörten Seelenleben führend sich finden, diese Zahl nicht noch grösser sei. Gar manche Verbrecher waren schon vor der Einlieferung in die Strafanstalt geisteskrank (!), darunter solche, bei denen die Frage der Zurechnungsfähigkeit bei der Verurtheilung gar nicht in Betracht kam (!!). Viele der Ursachen für Seelenstörung Gefangener liegen ferner in Verhältnissen ausserhalb der Gefangenanstalten: Neben einer etwaigen erblichen Anlage zu Psychosen, angebornem excentrischem nervösem Temperament, geringer, auffallend häufig beobachteter Entwicklung der Verstandeskräfte, abnormer Reizbarkeit, hoch gesteigerten, fast unzähmbaren Leidenschaften, sind es die eigenthümlichen Verhältnisse, in denen ein Theil der Verbrecher heranwächst — der Mangel von Erziehung durch Familie und Schule, der Mangel moralischsittlicher, religiöser Principien, die eine Beherrschung der rohen, durch Anlage und gewohnheitsmässige

[1]) Die Gefängnisse, Strafanstalten und Strafsysteme, ihre Einrichtung und Wirkung in hygienischer Beziehung von Dr med. *Baer* II. Arzt der Strafanstalt Naugard. Berlin (bei Enslin) 1871 gr. 8 pp. 355.

Befriedigung immer gebieterischer heranwachsenden und schliesslich zwangsmässigen Gelüste und Triebe erzielen könnten, welche Dispositionen zu geistiger Erkrankung erzeugen, die durch die Gefangenschaft in wirkliche Erkrankung übergeführt werden.

Andere nicht unerhebliche und ausserhalb der Gefangenschaft liegende Ursachen für Seelenstörung finden sich in der bei Verbrechern verbreiteten Trunksucht, ihrer Armuth, Entbehrungen, Sorgen, Elend und lüderlichem Lebenswandel. Dazu kommen heftige Gemüthseindrücke wie Kummer, Schreck, starke Affekte, Ausbrüche von Wuth, Zorn, Sucht nach Rache, aufregende Unruhe vor dem Verbrechen, die Enttäuschung bei der Entdeckung, Schmach, Schande, Gewissenskämpfe, Reue, Folter und Qualen der Untersuchung und Verurtheilung.

Auch Kopfverletzungen (unter 58 geisteskranken Verbrechern fand *Delbrück* 21 Mal Kopfnarben) Epilepsie, nicht erkannte Dementia paralytica im Beginn, die zu Diebstählen veranlasste, sind als Ursachen geltend zu machen. Der Ausbruch einer bestehenden oder in der Constitution schlummernden derartigen Seelenstörung wird dann durch die Gefangenschaft einfach befördert, aber auch diese an und für sich ist durch die Art ihrer Einwirkung auf Körper und Geist im Stande bei einem bis zum Eintritt in die Strafanstalt psychisch gesund und nicht disponirt gewesenen Sträfling eine Geisteskrankheit hervorzurufen. Unter diesen in der Gefangenschaft selbst liegenden Ursachen sind die durch sie erzeugte Anämie, Tuberculose, ferner die bei längerer Haft nothwendige sexuelle Abstimmung und häufige widernatürliche Befriedigung des Geschlechtstriebs durch Onanie körperlicherseits, Gram, Kummer, Sehnsucht nach Freiheit und Familie, zu straffe, nicht individualisirende Anstaltsdisciplin, einseitige und zu intensive religiöse Einwirkung psychischerseits die wirksamen Ursachen.

Bekanntlich erkranken mehr Gelegenheitsverbrecher aus leidenschaftlichen Motiven als Gewohnheitsverbrecher (namentlich Eigenthumsverbrecher) weil bei diesen völlige moralische Insensibilität besteht und so eine Reihe psychischer Momente wegfallen. Meist tritt die Geistesstörung im 1. oder 2. Haftjahr auf, selten treten später noch Erkrankungen ein.

Die Formen sind dieselben wie bei der freien Bevölkerung, überwiegend häufig melancholische mit zeitweiser tobsüchtiger Aufregung, bei denen Wahnideen (Verfolgung, ungerechte Bestrafung, Befreiung, Begnadigung), die auf Gehörshallucinationen beruhen, eine wesentliche Rolle spielen Eine andere Categorie bilden Kranke von äusserst reizbarem heftigem Temperament, grossem Misstrauen gegen die Umgebung, mürrischem obstinatem Wesen. Sie klagen oft über Kopfschmerz, sind vielfach von beunruhigenden Gedanken und Hallucinationen geplagt. Mit dem wachsenden Druck von Aussen kommen sie gelegentlich in Exaltation, lehnen sich auf, begehen Excesse und kommen durch mehrtägige Arreststrafe wieder zur Einsicht und Beruhigung. Man heisst solche Zustände den „Tic“ oder „Zuchthausknall“ und thut sein Mögliches um mit Strafen und Correctionsmitteln

denselben ihren Inhabern, die für hartnäckige Simulanten, Bösewichter und Taugenichtse gehalten werden, auszutreiben (!).

Ob die Isolirhaft schädlicher auf die Geistesgesundheit wirke oder die Collektivhaft, ist nach *Baer* schwierig zu ermitteln, da durch die straffe Disciplin des Hauses die leichteren Fälle in letzterer in Ordnung gehalten werden und im grossen Haufen mitgehen, ohne bemerkt zu werden (!). Eine genaue Ermittlung der Zahl der Geisteskranken in Collectivhaft ist daher nicht zu geben; Verf. schätzt sie auf 2%. In der Isolirhaft werden beginnende Seelenstörungen dagegen früh und sicher bemerkt. Die neueren Isoliranstalten ergeben durchaus keine bemerkenswerthe Zunahme der Seelenstörungen (Pentonville 1%, Toscana 0,25 — 0,69%, Bruchsal 3%) und rechtfertigen die Behauptung, dass die Zahl der Geistesstörungen in Isolirhaft durchaus nicht grösser sei als in collectiver und dass erstere höchstens den Ausbruch des Irreseins bei schon disponirten Verbrechern beschleunige. Es kommt ganz auf die Art der Ausführung der Isolirhaft dabei an. In den nach altem Regime mit absoluter Durchführung des pennsylvanischen Systems geleiteten Isoliranstalten von Philadelphia, Lausanne, Genf ist ein schädlicher Einfluss der Einzelhaft auf die geistige Gesundheit der Sträflinge allerdings nicht zu läugnen.

Auch die Annahme, dass die Isolirhaft zu häufigeren Selbstmorden Anlass gebe, ist unbegründet. Der Procentsatz der Selbstmorde ist überhaupt in den Gefängnissen ein 6 — 8 Mal grösserer als unter der freien Bevölkerung. In der Anstalt von Naugard war er 3 Mal grösser und zwar waren 5,78% der männlichen, 3,29% sämmtlicher Todesfälle unter der weiblichen Bevölkerung durch Selbstmord bedingt. Ein contagiöser, imitatorischer Einfluss war unverkennbar. Meist wurde der Selbstmord in der ersten Zeit der Haft vollführt, wo dann Verzweiflung die Ursache war, kam er später vor, so war er durch Geisteskrankheit vermittelt. Von 38 Selbstmorden unter den Männern fielen 9 in die ersten 14 Tage, 26 in das erste Haftjahr.

Trotz aller Vorzüge der Isolirhaft für relative Strafzwecke passt sie aber nicht für jeden Sträfling, sondern muss individualisirend gehandhabt werden. Menschen von grosser geistiger Beschränktheit, die der Zerstreuung und Reize von Aussen bedürfen, misstrauische, verschlossene, hochmüthige Charaktere, Leute von excentrischem Wesen, die auch im gewöhnlichen Leben für geistig nicht ganz normal gelten, endlich Solche mit tiefer Zerknirschung und Gewissensbissen ertragen sie im Allgemeinen nicht.

Eine zu lange Isolirhaft ist jedenfalls vom Uebel, obwohl sie zuweilen über 10 Jahre hinaus ohne Schaden vollzogen wird. Leicht wird aber dann die geistige Kraft gebrochen und aus dem Menschen eine willenlose Maschine geschaffen, die für das freie Leben nicht mehr fähig ist.

Die Frage was mit den geisteskrank gewordenen Verbrechern geschehen soll, beantwortet Verf. theoretisch ganz befriedigend dahin, dass wo mit dem früheren Ich des Sträflings das Bewusstsein des Verbrechens, der

Schuld und Strafe aufgehört habe, er nicht mehr für den Strafvollzug geeignet und einer Irrenanstalt zu überweisen sei, dass dagegen in den leichteren Fällen, wo das Selbstbewusstsein noch nicht getrübt sei, der Sträfling in der Anstalt bleiben solle, nur als Kranker zu behandeln sei.

Die Befürchtungen, dass geisteskranke Verbrecher nicht in die Gesellschaft ehrlicher Kranker der Irrenhäuser passten, ihre Moralität verderbten, ja leicht entweichen könnten, sind meist Scheingründe, zudem kann man zu solche geisteskranke Verbrecher in besonderen Abtheilungen der gewöhnlichen Irrenhäuser, in Irrenstationen von Strafanstalten unterbringen oder eigene Irrenhäuser für geisteskranke Verbrecher (England) errichten. Mit Recht will Verf. Solche, die das Verbrechen schon im geisteskranken Zustande begangen haben (criminal lunatics) in den gewöhnlichen Irrenanstalten untergebracht wissen. Solche, die im Strafhaus erst geisteskrank geworden sind (insane convicts) gehören nach ihm, wenn unheilbar (!), in Irrenpflegeanstalten, wenn an acuter heilbarer Seelenstörung erkrankt, in eine getrennte, zu diesem Zwecke eigens bestehende Abtheilung im Strafhause und wenn die Anfälle häufiger werden, das Leiden chronisch wird, in eine mit einer Strafanstalt in Verbindung stehende Irrenstation.

Nach des Ref. Ansicht kann nichts eingewendet werden, wenn die leichteren, erfahrungsgemäss in blossen Gehörshallucinationen und Gemüthsdepression bestehenden, durch Versetzung in gemeinsame Haft und passende Pflege alsbald wieder heilenden Fälle in der Strafanstalt geheilt werden — für alle übrigen müssen wir die Versetzung in eine Irrenanstalt dringend befürworten. Die Erfahrungen, die Verf. über den „Zuchthausknall" und die Art seiner Behandlung in den Strafanstalten mittheilt, sind gewiss angethan diesen Wunsch als begründet erscheinen zu lassen. Wir haben wenigstens wiederholt Gelegenheit gehabt, solche Unglückliche mit unheilbarem Verfolgungswahn oder mehr oder weniger schon blödsinnig aus der Strafanstalt hervorgehen zu sehen, wo eine rechtzeitige Versetzung in ein Irrenhaus hätte Rettung bringen können.

Beherzigenswerth ist endlich der Wunsch des Verf, dass das Vorurtheil der häufigen Simulationen von Geistesstörung in den Gefängnissen aufgegeben werde (fand doch *Vingtrinier* unter 43,000 Gefangenen nur einen Simulanten), dass der Arzt mehr Stimme und Einfluss in der Conferenz der Anstaltsbeamten habe, wodurch manche Geistesstörung sich verhüten liesse. Dr. *v. Krafft-Ebing.*

Die Musik in Irrenhäusern. — In Italien sind Land und Sprache gesangvoll — und Land wie Leute haben eine besondere Empfänglichkeit für Musik — man benutzt sie deshalb in den dortigen Irrenanstalten als Unterhaltungs-, Zerstreuungs- und Heilungs Mittel. Zum Belege berichten wir 1) über eine musikalische Unterhaltung im Irrenhause von Perugia.

Am 19. Mai l. J. veranstalteten nämlich einige Zöglinge des Manicomio allda eine musikalische Unterhaltung für ihre übrigen Unglücksgefährten und zwar auf eine Weise, dass man ohne Vorwissen nicht geahnet hätte, sich in einem Narrenhause zu befinden. Clavier, Violine, Oboë wurden von einigen Irren mit einer bewundernswerthen Präcision und Anmuth gespielt. Es ging die ganze Unterhaltung vollkommen gelungen, mit der grössten Ordnung von Statten, obschon über 80 Irre inmitten einer eleganten Gesellschaft von Herren, Damen, Professoren und Studenten beiwohnten. Director *Neri* ist über alles Lob erhaben, obschon er unter den ausgezeichneten den Ruf des ausgezeichnetsten Psychiatrikers hat. Man hat ihm Glück zu wünschen, dass er die moralischen Heilmittel nicht hintenansetzt, sie den physischen gleichstellend und kundgebend wie werthvoll sie in Heilung von Geistesstörungen sind.

2) Im Irrenhause zu Reggio in der Emilia unter Direction des ausgezeichneten Prof. *Ignazio Zani* und seines Beistandes Dr. *Clodomir Bonfigli* sind die Irren in ausgedehnterem Maasse und mit grossem Erfolg mit Arbeit beschäftigt. Nebenbei unterhalten sie sich aber auch mit dramatischen Unterhaltungen, wobei Geistesgestörte als Schauspieler und als Zuschauer theilnehmen. Man hat dort in jüngster Zeit zwei Schauspiele von Goldoni aufgeführt: La Locandiera und Gl'Innomorati. Man macht sich keine Vorstellung, wie gut sich die armen Irren unterhielten. Die Zuschauer mit ihren Wärtern waren im Parterre, aber ganz untermischt mit vielen gebildeten Männern und Frauen von Reggio, welche zur Unterhaltung geladen waren. Man konnte sich hierbei wohl überzeugen, dass die Irren Menschen sind wie andere und keine wilden Thiere. In den Zwischenakten wurden Musikstücke aufgeführt, wobei wieder verschiedene Irre als Klavier- und Violinspieler theilnahmen. Sowohl die Irren als Schauspieler als auch als Musiker zeigten bei diesen Productionen die grösste Aufmerksamkeit und ernteten dafür Vortheile für ihre psychische Herstellung. Wir haben dabei zu bemerken, dass sowohl Vice-Director *Bonfigli* als auch seine Gattin unter den ersten Schauspielern figurirten. Prof. *Zani* hat in der That das Manicomio von Reggio ganz auf den Höhepunkt seiner Zeit geschwungen (Hypocratico Junio No. 16 et 17. 1871).

Ein noch viel auffallenderes Beispiel ist jedoch die Verwendung von Gesangs-Productionen der Irren zu wohlthätigen Zwecken, wie uns *Andreas Verga* im Fasc. 3 vom Monate Mai 1871 des Archivio Italiano etc. aus dem Sieneser Journale Il libero cittadino vom 5. März unter Academia d'Alienati à beneficio di Scrofulosi meldet. Es gaben nämlich Ende Februars l. J. auf öffentlichem Theater neben dem Collegio Tolomci die Zöglinge der Gesang Schule der Irrenanstalt San Niccolo in Siena eine musikalische Akademie zum Besten armer scrophulöser Kinder. Der Eintrittspreis betrug nur eine Lira. Die Production zeichnete sich gleich aus durch glückliche Wahl der Musik als auch der Ausführung. Den Anfang machte N. U. aus Livorno, ein junger Mann, hoher Gestalt, von edler würdevoller

Haltung, breiter, stets dem Himmel zugekehrter Stirn, welcher mit schöner Stimme und Präcision die Romanze Don Pasquale für Bariton und die Romanze für Bariton in den Lombarden sang. Fräulein C. M. aus Florenz von freiem, herzlichem Ansehen, von jugendlicher Schönheit, wenn auch etwas von moralischen Leiden umdüstert, sang die Cavatina der Beatrice di Tenda, jene aus Barbiere di Seviglia, das bekannte oh Santissima Vergine Maria! und zusammen mit N. U. aus Livorno das Duett aus Lucia di Lammermoor — ferner sang sie mit ihm und Taddei das Terzett für Sopran, Tenor und Bass aus den Lombarden mit ausgezeichneter Präcision. Welch hohe und fürwahr welch göttliche Kraft, ruft *Verga* aus, üben nicht Kunst und Wissenschaft aus, indem sie so wunderbar das grösste Missgeschick mildern, welches den Menschen treffen kann, indem süsse Melodien wohlthuende Eindrücke auf Herzen, von Schmerz gebrochen, hinterlassen! — Ausserdem sang noch P. M. aus Prato die Cavatina für Bass aus Cenerentola, welcher den Eindruck eines ehrsamen Arbeiters machte, der sein Leben in ununterbrochener und fleissiger Arbeit in der Werkstätte zugebracht, — endlich deklamirte noch C. R. aus Siena die frommen Verse über die Ospizi Marini. Mit Recht wird Prof. *Carlo Livi*, Vorstand der Irrenanstalt von San Niccolo di Siena gerühmt, dessen Geist und Herz solche Schätze der Humanität zu bieten vermag.

Dr. *J. B. Ullersperger.*

Aus der Schweiz. — Die Kriegsereignisse haben die Bestrebungen der Schweiz, das Wohl ihrer Irren zu fördern, wenig beschränkt.

Einige neuere Ereignisse, welche die Irrenfrage dem Abschlusse nahe bringen, werden gewiss das Interesse der Leser unserer Zeitschrift erregen.

Die projektirte Anstalt für den Kanton Luzern, St. Urban, hatte unterdessen noch sonderbare Schicksale durchzumachen, bis sie nun endlich aus dem Bereiche der Discussion treten wird.

Das in meinem Briefe berührte Projekt wurde als zu kostspielig befunden und Cramer und Oberst Wolf beauftragt Reductionen vorzunehmen. Es gelang dieses auch, ohne dem Hauptzwecke zu nahe zu treten, in so fern, als die Kosten der Umbauten von Fr. 650,000 auf Fr. 400,000 reducirt wurden. Der grosse Rath genehmigte dann dieses Projekt, allein nur mit geringer Majorität. Opposition bildete die sehr starke ultramontane Partei, die das Kloster lieber wieder kirchlichen Zwecken dienstbar gemacht hätte.

Damit war aber die Sache noch nicht abgeschlossen.

Als eine zweifelhafte Errungenschaft der demokratischen Bestrebungen hat der Kanton Luzern, wie die meisten Kantone der Schweiz in den letzten Jahren, das Referendum bekommen, nach welchem jedes Gesetz, jede grössere Ausgabe der Volksabstimmung unterliegt.

Zum Glück für das Projekt hat das Luzerner Referendum die Einrichtung, dass alle sich nicht bei der Abstimmung betheiligenden Bürger als der Gesetzesvorlage beistimmend betrachtet werden.

Das absolute Mehr war 13,000, das Abstimmungsresultat ergab, dass der Opposition nur 421 zum Siege fehlten.

Definitiv beschlossen war damit

1) Ankauf des Klosters St. Urban und der Liegenschaften (350 Juch. Land à 40,000 Quadratfuss) für 600,000 Fr. und

2) Umbau desselben zu einer Irrenanstalt für 200—250 Kranken, der etwa 400,000 Fr erfordern würde.

Allein die liberale Partei und die von ihr getragene Regierung sahen ein, dass bei der Integral-Erneuerung der Behörden im Mai 1871 sehr leicht die ultramontane Partei Meister werden könne. Es galt desshalb die Zeit ihrer Herrschaft (noch $^{3}/_{4}$ Jahre) gehörig zu benützen, um das Projekt zu sichern. Professor *Meier* von Göttingen und *Cramer* von Solothurn wurden beauftragt, das endgültige Bauprogramm auszuarbeiten. Die Arbeiten wurden beschleunigt und als im Mai 1871 die Ultramontanen wirklich den Sieg errungen, da war schon ein grosser Theil der Maurerarbeit erstellt und sämmtliche Zimmermannsarbeit vergeben, die Helden der Armee Bourbaki's[1]) waren mit Terassiren beschäftigt — kurz man sah ein, dass aus den so destruirten Gebäulichkeiten kein Kloster mehr fabrizirt werden könnte.

Darauf suchte man noch das Programm zu bemäkeln; eine aufgestellte technische Kommission erklärte aber, dass die Sache nicht besser und billiger herzustellen sei und so beschloss endlich die neue Regierung, das Programm bis in alle Einzelheiten auszuführen, was unterdessen, nachdem die Hitze des Parteikampfes etwas verflogen ist, auch gewissenhaft geschieht. „Tantae molis erat."

Wenn nur auch die Mehrheit des Luzerner Volkes den Betrieb der Anstalt mit mehr Liebe kultiviren würde!?

Da übrigens der Betrieb durch die Superdividende der Spar- und Leihkasse vollständig gedeckt werden wird, so dürfen wir hoffen, dass sich der Souverain mit der Zeit beruhigen werde.

St. Urban hat für das Irrenwesen der Schweiz eine sehr hohe Bedeutung, indem die kleinen Kantone Schwyz, Uri, Unterwalden und Zug, die für sich keine Anstalt bauen können, ihre Kranken in die neue Anstalt des Kantons Luzern schicken werden, mit dem sie ohnehin durch Geschichte, Religion und Lebensgewohnheiten verwandt sind. St. Urban hätte dann die Irren von 230.000 Einwohnern aufzunehmen, wofür 300—400 Plätze genügen würden, die verhältnissmässig sehr billig zu erstellen wären.

---

[1]) Wie geräumig die Gebäulichkeiten sind, mag Sie der Umstand lehren, dass 3500 Bourbakianer mit der Bedeckungsmannschaft dort internirt waren.

Als eine sehr erfreuliche Nachricht können wir Ihnen mittheilen, dass der Kanton Freiburg den Neubau einer Irrenanstalt Mearsens bei Bulle, die 1,200,000 Fr. kosten soll, beschlossen hat. Sie wird nach dem Programm von Zinn, Schärer und Oberst Wolf im Pavillon-Styl erstellt werden.

Der Plan hat viele Aehnlichkeit mit dem von St. Anne in Paris.

Der Pavillon für Aufgeregte und Unreine soll zuerst erstellt und bewohnt werden. Die Anstalt soll nach ihrer Vollendung 200 Kranke beherbergen. Sie wird von geistlichen Orden administrirt werden und fehlen hiemit auch die schwarzen Punkte nicht!

Der Kanton Thurgau hat das Kloster Katharinenthal zu einer Siechenanstalt eingerichtet, in welcher auch 120 unheilbare Geisteskranke Aufnahme finden werden. So kann jetzt dieser Kanton mit Münsterlingen 300 Kranke aufnehmen. Der als Experte zugezogene Director *Wille* konnte leider nicht durchdringen mit seiner gewiss richtigen Ansicht, dass Katharinenthal eine reine Irrenanstalt werden sollte.

Die Behörden des Kantons Bern sind ernstlich beschäftigt neue Plätze für ihre Irren zu gründen, indem die Waldau mit der Kolonie Neuhans (300 Plätze) den Anforderungen bei Weitem nicht genügt. Ob Neubau oder Umbau der bestehenden Gebäulichkeiten belieben wird, ist noch nicht entschieden. Man beabsichtigt für die 500 000 Einwohner des Kantons 800—1000 Plätze zu erstellen.

Der Kanton Schaffhausen hat den Neubau einer Kranken- und Irrenanstalt beschlossen. Auch Baselland will eine ähnliche Anstalt errichten.

Die Stadt Basel, die durch ihre Spitäler die meisten Städte Europas überflügelt hat, wird wohl auch im Irrenwesen nicht zurückbleiben und ich hoffe Ihnen bald berichten zu können, dass eine neue Irrenanstalt den anderen Wohlthätigkeitsanstalten dieser intelligenten Stadt würdig zur Seite stehen werde.

Die meisten der schweizerischen Anstalten wurden in den letzten 10 Jahren beschlossen und errichtet.

Wie sehr sich die Anschauungen geändert haben, mag sie Folgendes lehren:

Noch im Jahre 1862 war in der Anstalt Königsfelden (Aargau) kein Centime für Beleuchtung auf dem Budget. „Ein N— gehört in's Bett, wenn es dunkel wird", das wird wohl das Motiv gewesen sein. Mit Eröffnung der neuen Anstalt werden 600—700 Gasflammen die Anstalt und den Park erleuchten.

Königsfelden wird im Mai eröffnet werden; für Mobilar werden Fr. 2000 per Kopf verwendet, die Minimalgehalte der Wärter und Wärterinnen sind auf 500 und 400 Fr. fixirt und sollen auf 800 und 700 steigen; auch der Tarif ist reichlich. Somit können wir der schönen Anstalt das beste Prognosticon stellen.

Die Anstalt des Kantons Wadt schreitet langsamer vorwärts, man will

dort dem Souverain die Kosten in kleineren aber oft wiederholten Dosen beibringen.

Die Züricher Anstalten prosperiren in hohem Grade. Rheinau zählt 700 und Burkhölzl 200 Kranke — also 900 Plätze auf 280,000 Einwohner.

So wird denn die Schweiz bald 4000 Plätze in den Irrenanstalten (auf $2^1/_2$ Millionen Einwohner) haben.

Rechnet man hiezu noch die sonstigen Wohlthätigkeitsanstalten, die in dem letzten Decennium entstanden sind, so kann man gewiss behaupten, dass seit dem Beginne der Cultur in der Schweiz Jahrhunderte lang nicht so viel für das Wohl der Unglücklichen geschah, als in 10 Jahren unseres wegen seines Materialismus? von gewisser Seite so hart angefochtenen Zeitalters. *Cr.*

Personal-Nachrichten.

Dr. *von Zeller*, Obermedicinalrath und Director der Irrenheilanstalt Winnenthal hat das Comthurkreuz des Ordens der Würtembergischen Krone,

Dr. *Otto*, Assistenzarzt der Irrenpflegeanstalt zu Pforzheim das „eiserne Kreuz"

Dr. *Landerer* jun., Assistenzarzt an der Privatirrenanstalt zu Göppingen die Badische Verdienst-Medaille erhalten.

Dr. *Kelp*, Med.-Rath und Director der Irrenheilanstalt zu Wehnen ist zum Ober-Medicinalrath

Dr. *Schwarzer*, Director der Privatirrenanstalt zu Ofen zum Königl. Rath ernannt.

Dr. *Gehewe*, Staatsrath und Arzt an der öffentlichen Irrenaltalt zu St. Petersburg ist. zum Director der Irrenanstalt Alexandershöhe bei Riga berufen worden.

Dr. *James Borel*, Director der Irrenanstalt zu Prefargier im Canton Neuchatel ist am 2 Jan. plötzlich am Schlagfluss,

Dr. *Czermak*, Director der steiermärkischen Landesirrenanstalt und Professor an der Universität zu Graz am 26. Juli gestorben.

Deformirende Gelenkentzündung bei Geisteskranken.

Von

Dr. Wilh. Zenker,

Arzt an der Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt Königslutter.

Wir dürfen es als eine der gewichtigsten Aufgaben der Neuropathologie betrachten, den Relationen nachzuspüren, die als zwischen den Krankheiten des Centralnervensystems und denen der Körperorgane bestehend einem Theile nach bereits aufgedeckt, aber bei weitem nicht in ihrem ganzen Umfange durchforscht und klar gelegt sind, deren anderer und anscheinend grösserer Theil aber den Untersuchungsmitteln der Gegenwart seither unzugänglich blieb. Es weist uns die Erfahrung am Krankenbette darauf hin, dass alle die Schläge, welche den Körper und seine Organe treffen, auf einem der tausend Wege zum Centrum fortgepflanzt werden, um hier zur mehr oder minder verderblichen Wirkung zu gelangen; dass andrerseits Neurosen (Psychosen) in den mannichfaltigsten Körpererkrankungen ihren trüben und betrübenden Reflex finden. Dessen ungeachtet und trotzdem uns Anatomie und Physiologie noch nicht auf geebneten Wegen führen, sind wir berechtigt und verpflichtet, das der Beobachtung sich aufdrängende Thatsächliche selbst auf die Gefahr hin zu registriren, dass die Frage nach dem Wesen der innern Ursache und nach der Summe aller Beziehungen der beobachteten Phänomene vor der Hand noch offen gelassen werden muss.

Hier würde man sachgemäss unterscheiden zwischen den körperlichen Krankheiten, zu welchen Geistesstörung sich mit Vorliebe hinzugesellt und denen, zu welchen dieselbe eine

vorwiegende Disposition abgiebt. Allein, auf welcher Seite ist die Ursache, auf welcher die Wirkung zu suchen, wo beginnt das post hoc und wo hört das propter hoc auf? Man braucht kein Skeptiker zu sein, um diese und ähnliche Fragen jeder einschlägigen klinischen Beobachtung als Stein des Anstosses in den Weg zu legen.

Die erste Kategorie betreffend lehrt die tägliche Erfahrung, dass nicht selten Typhus, Pneumonie, acute Exantheme und Cholera, sodann Intermittens, Syphilis, endlich auch manche chronische Lungen-, Herz-, Nieren- und sexualen Erkrankungen die Veranlassung zur Entwickelung einer psychischen Störung werden. Unter diesen Krankheiten, deren Zahl jedoch bei Weitem nicht erschöpft ist, würde noch ganz besonders der acute Gelenkrheumatismus erwähnt zu werden verdienen. Freilich ist man auch hier noch nicht über das Dilemma hinausgekommen, ob der „Hirnrheumatismus“ eine specifische Folgekrankheit des Gelenkrheumatismus (*Griesinger*) ist oder ob er in einem Causalverhältnisse zu diesem steht, wie etwa das Delirium der Typhuskranken zum Typhus. Wenn ich mich der ersteren Annahme anschliesse, so geschieht dieses unter anderem auch aus dem Grunde, weil ich in Nachfolgendem das Bestehen noch eines weiteren Causalnexus zwischen Gelenk- und Gehirnkrankheit wahrscheinlich zu machen hoffe.

Die zweite Gruppe, bei welcher die Psychosen (Neurosen) als Ursache, die körperlichen Krankheiten als Wirkung sich präsentiren, finden wir nur durch Streiflichter beleuchtet. Da sehen wir bei Geisteskranken die mannichfachsten Anomalien der Ernährung, der Secretion, der organischen Entwickelung und Rückbildung; Entzündung, Hypertrophie, Atrophie, Degeneration und wie man die Krankheitsprocesse sonst noch benannt hat, finden wir bei ihnen an den verschiedensten Körpergebilden und Organen. Hier bedarf es nur der Erwähnung, dass es speciell Knorpel- und Knochenkrankheiten sind, von denen Geistesgestörte leicht heimgesucht werden. Und da tritt uns vor allem die Ohrblutgeschwulst mit ihren Schwesterkrankheiten entgegen — eine in der psychiatrischen Literatur sattsam ventilirte Frage. Sodann deutet die bei gewissen Geisteskranken wiederholt vorgefundene Fragilität der Rippen

auf anomale Ernährung der Knochen hin; darin kommen die jüngsten auf diesem Felde gemachten Beobachtungen überein [1]). In wie weit die bei Geistesgestörten hie und da vorhandene Disposition zur Fracturirung auch anderer Theile des Skeletts auf ähnliche (osteomalacische) Beschaffenheit der Knochen zurückzuführen ist, dafür hat man den näheren Nachweis erst von der pathologischen Anatomie zu erwarten. Ich entsinne mich einer älteren epileptischen Dame und eines epileptischen Mannes, bei denen die grosse Neigung, nach verhältnissmässig geringen Insulten Fracturen an den Extremitäten zu acquiriren, in der That auffallend wurde. Sicherlich sind dergleichen Wahrnehmungen keinem der erfahrenen Fachgenossen neu. Sie finden zudem eine Erläuterung an den von *Schiff* bei Thieren angestellten Experimenten, durch welche bei Trennung der Gliedmaassennerven in einer Reihe von Fällen eine entschiedene Abnahme des Knochenumfanges, in einer zweiten Reihe Hypertrophie der Knochen erzielt wurde.

Virchow beschreibt (Ges. Abhandl. 1858) einen Fall von fortschreitender Paralyse und Knochenatrophie nach Typhus, bei dem die Section chron. Myelomeningitis und Hydrorrhachis am Halstheil des Rückenmarks nachweisen liess. *Romberg* theilt den bekannten Fall mit, in dem nach der durch *Dieffenbach* gemachten Excision eines Stückes des Ischiadicus in der Folge Exfoliation nekrotischer Knochenstücke an den Fusswurzelknochen nebst Desquamation der Epidermis, Abblätterung der Nägel etc. eintrat. Schliesslich finden wir in den vom Prof. *Fischer* [2]) gehaltenen Vorträgen bemerkenswerthe Mittheilungen über trophische Störungen nach Nervenverletzungen an den Extremitäten. Er constatirt, ausser den eintretenden Veränderungen an den Nägeln und Haaren, in Betreff der Haut: ödemat. Schwellung mit hinzutretender rosiger Röthe und erfolgenden lebhaften Schmerzen, sodann Desquamation der Oberhaut, Exantheme, subcutane Panaritien, Blasen- und Geschwürbildung. Sodann greifen trophische Störungen an

---

[1]) Vgl. *Gudden*, Archiv für Psychiatrie II. 3. p. 682. Sodann *Sankey*, *Ormerod*, *Williams* nach *Virchow* Jahresber. 1870. II. S. 18.

[2]) Berlin. Klin. Wochenschr. 1871 No. 13.

den Muskeln, Knochen und Gelenken Platz. Erstere atrophiren, die Knochen nehmen an Länge und Dicke ab, verfallen der concentrischen Atrophie. Die Gelenke endlich, vornehmlich der Finger und Zehen, Hand- und Fussgelenke, werden schmerzhaft, schwellen an, lassen ab und zu Crepitation verspüren und veröden schliesslich. In zwei Fällen handelte es sich um deformirende Entzündung an den von verletzten Nerven versorgten Fingern mit der charakteristischen Auftreibung des Epiphysem und Subluxation der Finger. *P. Schiefferdecker* [1]) theilt Beobachtungen mit, die er an verwundeten Soldaten machte. Bei diesen Verletzungen der oberen Extremitäten waren folgende Erscheinungen zu beobachten: Atrophie der Muskulatur, Verdickung der Haut und des Fettgewebes, stärkere Pigmentirung der Haut, Abschuppung der Epidermis, Vermehrung der Haarwucherung, Degeneration der Nägel, Verstärkung der Schweisssecretion und Temperaturerniedrigung.

Mitshell hat früh schon (1831) auf die Thatsache, dass an gelähmten Gliedern die Gelenke erkranken, hingewiesen. *Brodie* ferner beschrieb die Gelenkaffection der Hysterischen als mit Hyperästhesie und Schwellung einhergehend; dieselbe wurde von einem späteren Autor (*Cahen*) auf eine vasomotorische Hyperämie der Gelenke zurückgeführt. Indessen scheinen hier andere gewichtige Stimmen (*Hasse*) für mehr als eine Sensibilitätsneurose nicht plaidiren zu wollen. Erst *Charcot* [2]) lenkte in jüngster Zeit die Aufmerksamkeit der Forscher auf das Entstehen materieller Veränderungen an den Gelenken in Folge von gewissen neuropathischen Processen. Er und nach ihm *Ball* [3]) und *Herwey* [4]) traten für das Bestehen einer Arthropathie spinale, einer gelegentlich nach Tabes dorsualis eintretenden Gelenkaffection, in die Schranken. Ausserdem theilte *Charcot* Fälle von Gelenkschwellungen mit, die dreimal nach Erweichungsherden im Gehirn und im 4. Falle nach einem Tumor im linken Schläfenlappen Platz gegriffen hatten. Wäh-

---

[1]) Berlin. klin. Wochenschr. 1871 No. 14.

[2]) Arch. de physiol. 1868 S. 379 ff.

[3]) Gaz. des hôpit. No. 128 — 1868.

[4]) Gaz. des hôpit. No. 33 — 1868.

rend seine Deductionen in einer Mittheilung von *Allbuht*[1]) und einer früheren von *Rosenthal*[2]) ihre Anerkennung erhielten, finden wir die Entstehung der Gelenkaffection bei Tabes „als Folge eines neuroparalytischen Vorgangs" von *Hitzig*[3]) in Abrede gestellt; er constatirt allerdings das Leiden als solches, erklärt es sich jedoch als durch paralytische Subluxation des Gelenkkopfes (des Humerus) und consecutive locale Gefässerschlaffung hervorgerufen.

Vorstehende, auf physiologischem und pathologischem Gebiete gemachten Erfahrungen sind weder unanfechtbar noch erschöpfend, immerhin erweisen sie eine positive Neigung der Gelenke, an Erkrankungen und Verletzungen peripherischer Nerven, an bestimmten Leiden des Rückenmarks und endlich auch des Gehirns Theil zu nehmen. Diese Neigung wird, was den Antheil des Gehirns an Gelenkaffectionen anlangt, zudem durch die verlässlichsten über Gehirn-Rheumatismus und „Gicht des Gehirns" gewonnenen empirischen Resultate ausser Frage gestellt. Ja, bei letzterer würde man bis zu der Annahme eines für Gehirn- und Gelenkleiden gemeinsamen ursächlichen Momentes, der Anhäufung eines deletären Stoffes (der Harnsäure) im Blute, vorgehen können.

Kehren wir nunmehr zur Lösung unserer Aufgabe zurück, so tritt uns die Frage zur Beantwortung entgegen, ob nicht auch Arthritis deformans (Arthr. nodosa, Arthrite chronique sèche) mit Geistesstörung gepaart sich vorfinde, sodann, ob eine Gemeinsamkeit und ein Causalverhältniss zwischen ihnen obwalte. Senden wir der Erörterung dieser Fragen nachstehende Krankengeschichten voraus.

I.

Frau Br., Beamtenfrau, 44 Jahr alt, stammt aus einer Familie, der Geistesstörungen fremd sind. Doch soll ihre Mutter eine schwächliche Frau gewesen und früh verstorben sein. Mit mässigen Anlagen ausgestattet, entwickelte sie sich unter leidlich günstigen äusseren Verhältnissen bei dauerndem Wohlbefinden zu einer angeblich körperlich und geistig gesunden Jungfrau. Im Jahre 1848 trat sie in die Ehe ein und lebte in

---

[1]) St. George's hospital reports IV. p. 279.

[2]) Handbuch der Nervenkr. S. 571.

[3]) *Virch.* Archiv Bd. 48. 1869.

derselben bis zu der nach zwei Jahren erfolgenden Geburt ihres ersten Kindes glücklich und unangefochten von Störungen ihrer Gesundheit. Nach dem Wochenbett bemerkte man an ihr zuerst ängstliche Befangenheit, schmerzliche Verstimmung und gelegentliche Reizbarkeit, ohne dass es jedoch zu formaler psychischer Störung gekommen wäre. Sie besorgte hinfort ihren Haushalt in musterhafter Weise, unterrichtete Kinder zu ihrem Vergnügen, musste auch hinfort dem unbefangenen Beobachter als glückliche und beglückende Ehefrau erscheinen. Ihr Gatte freilich macht die Mittheilung, dass Pat. ihren früheren Frohsinn nicht wieder zu gewinnen vermochte, dass sie sich gern abschloss, leicht erregbar war, zeitweise in äusserlich unmotivirte Trauer versank und sich dann mit trüben Gedanken und Sorgen trug. Dessenungeachtet verblieben die körperlichen Functionen in der Ordnung, auch verliefen die nachfolgenden beiden Wochenbetten normal und ohne Folgekrankheiten; doch ist es auffallend, dass beide Kinder nicht lange nach ihrer Geburt am Hydrocephalus zu Grunde gingen. Eine Häufung und Verstärkung der Stunden und Tage andauernden „melancholischen Anfälle" beobachtete man im Jahre 62 und 69; doch kam es noch nicht zu einer tieferen und nachhaltigen Betheiligung der Intelligenz: Pat. erholte sich jedesmal wieder rasch und setzte ihr Leben in gewohnter Weise fort.

Den Ausbruch der jetzt vorhandenen Geistesstörung verlegt man in den Januar 1871. Damals sind nach den Berichten ohne Fiebererscheinungen seröse Exsudate nebst localer Schwellung, Schwerbeweglichkeit und Schmerzhaftigkeit in den grossen und kleinen Gelenken beider oberen Extremitäten und in den Fuss- und Kniegelenken aufgetreten. Zugleich verschärfte sich die Verstimmung und ängstliche Erregung der Kranken. Sie klagte über allgemeine Mattigkeit, grosse Unlust, ausserordentliche Herzbeklemmung (Präcordialangst); sie vernachlässigte bald ihre Person, ihr Haus und ihre Familie ganz gegen ihre frühere Gewohnheit, sie schlief schlecht, weinte viel, hielt sich für eine Unglückliche, Verlassene. Damit war der erste Anstoss zur Bildung von Wahnvorstellungen gegeben und jetzt ging es unter der Einwirkung von sehr ausgebreiteten Sensationsstörungen und den Hallucinationen des Gehörs, des Geruchs und Geschmacks den einmal betretenen Pfad rasch und unaufhaltsam weiter. Nicht lange, und es gesellten sich auch maniakalische Elemente hinzu: Pat. lachte zwischendurch, rannte umher, bedrohte ihre Umgebung, nannte sich ein höheres, mit göttlichen Kräften ausgerüstetes Wesen. Bereits im April desselben Jahres hatte sich die Kranke, die in dem Wahn, verfolgt und vergiftet zu werden, nicht selten Angriffe auf ihre Umgebung machte, sich zudem ohne Scheu entkleidete und Sachen zerstörte, daheim unmöglich gemacht. Ihre Aufnahme in die hiesige Irrenanstalt erfolgte dann am 12. April 1871.

Status praesens. Pat. ist mittelgross, ebenmässig gebaut, Fettpolster mässig gut conservirt, Muskulatur nicht unkräftig, Knochenbau im

ganzen gracil. Schädel gleichfalls wohl proportionirt gebildet. Von Störungen der Sensibilität und solchen der Motilität, die etwa von einer Erkrankung des Centralorgans hergeleitet werden müssten, nichts vorhanden. Reflexaction der Muskulatur, electromuskul. Contractilität und Sensibilität gut erhalten. Die Schärfe der Sinne, soweit ersichtlich, nicht beeinträchtigt. Haut weich und geschmeidig. Haar nicht grade spärlich, aber stellenweise ausgerissen oder kurz abgerieben; Nägel der Finger und Zehen von normaler Beschaffenheit. Augen blau, Pupillen gleich weit, Irides normal elastisch. Zunge nicht belegt, wird grade und ohne Zittern herausgestreckt. Zahnreihen lückenhaft. Ausdruck der Physiognomie und des Auges je nach der wechselnden Stimmung verschmitzt und heiter, freudig und freundlich oder ernst, zornig, manchmal traurig, düster. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle ohne Anzeichen einer organischen Erkrankung; Puls regelmässig, nicht beschleunigt, eher klein. Temperatur der Haut weder allgemein noch local erhöht. Menstruation den Mittheilungen nach unregelmässig und spärlich. Stuhlgang angehalten, Urinsecretion in der Ordnung. Schlaf unruhig, häufig unterbrochen.

Die Kranke befindet sich am 14. April 71 in grosser Aufregung: sie hat sich entkleidet und wandert eifrig gestikulirend unter lautem Lachen und in reger Unterhaltung mit „ihren Stimmen" im Zimmer umher. Auf Fragen antwortet sie mit Gelächter, Interjectionen oder kurzen Worten, sie erscheint in einem Augenblicke freundlich, entgegenkommend und herausfordernd, im anderen abweisend und drohend. Der gleich rasche Wechsel in den Vorstellungen; Ideenflucht, Interesselosigkeit, Neigung zur Unreinlichkeit und zum Zerstören. Sie sieht „ihren Fritz" durch das Fenster, hat das jüngste Gericht vor den Augen; das Essen schmecke nach Jauche, durch die man ihr schaden wolle, man habe ihr Aether in die Knochen gegossen etc. Am 15. April erfolgte ein Paroxysmus von ängstlicher Erregung: Pat. schreit nach Hülfe, wälzt sich am Boden, schlägt den Kopf gegen die Wände ihres Zimmers, maltraitirt, offenbar von perversen Gefühlswahrnehmungen geplagt, ihre Glieder und agitirt bis zur äussersten Abspannung fort. Zwar erreichte die Aufregung in der Folge nur selten diese Höhe wieder, doch erhob sich die Kranke nicht einmal bis zur annähernd reinen Erkenntniss der Wirklichkeit und zur Aeusserung natürlicher Interessen. Aus ihrem Gerede klang immer deutlicher jenes Gemisch von Grössen- und Verfolgungswahn hervor, doch war die Bildung der Wahnideen flüchtig und wechselnd, den momentan auftauchenden krankhaften Perceptionen entsprechend. Selbst in Zeiten grösserer Sammlung liess sich kaum je ein flüchtiges Zeichen von Interesse und Dankbarkeit, kaum eine zusammenhängende kurze Antwort gewinnen.

So verlief der Kranken auch der letztvergangene Sommer unter hochgradiger Aufregung. In der Folge kehrte bei ihr freilich eine erhebliche und auch nachhaltige Beruhigung ein; indessen hielt die Klärung des Gefühls- und Vorstellungslebens mit der letzteren nicht gleichen Schritt. Pat.

blieb noch auf die Dauer den Schwankungen in der Stimmung, dem Bewegungsdrang, den negativen Neigungen unterworfen. Sie war besonders zu Scherzen und Allotriis aufgelegt, hielt sich unordentlich und unsauber, zerpflückte ihre Kleider, raufte sich die Haare aus, rieb die Finger an den Wänden wund, führte obscöne Reden. Erst während dieses Winters beginnen mit fortschreitender Erhellung des Bewusstseins Reminiscenzen aus der Vergangenheit zur Geltung zu kommen, es werden Fragen wenn auch mit verstellter Stimme und unter Lachen und Scherzen, entsprechend beantwortet, wärmere Interessen für andere Kranke und Wärterinnen greifen Platz — kurz es dringen Lichtstrahlen ein in das verdunkelte Geistesleben. Da einerseits auch die Sinnestäuschungen an Kraft und Geltung verloren haben, andererseits von einem Krystallisationskern bestimmter Wahngruppen nichts aufzufinden ist, endlich auch gleichzeitig die körperliche Ernährung sich zu heben beginnt, so hat Pat. an Chancen für die Wiederherstellung offenbar gewonnen.

Was die Beschaffenheit der Gelenke anbelangt, so lieferte der erste Blick auf Finger- und Handgelenke den Beweis, dass Pat. an einer Gelenkaffection zu leiden hatte. Nach erfolgter Beruhigung der Kranken liess sich dann folgender Thatbestand feststellen:

Das linke Knie, das kranke, ist um 4 Cm. umfangreicher als das rechte; es liefert für den tastenden Finger den Eindruck, als ob es in seiner ganzen Peripherie von weicher Masse umlagert wäre. Die Contouren der Kniescheibe nur undeutlich zu palpiren, die Epiphysen verdickt. Im Kniegelenke kein Exsudat nachzuweisen, die Haut über demselben nicht heiss, von normaler Färbung. Alle Bewegungen des Beines, an denen das Kniegelenk Theil nimmt, sind schmerzhaft; die Schmerzen werden durch Druck und passive Bewegungen erheblich gesteigert. Die Geradestreckung des Beines gelingt nicht völlig, bei dem Versuche dazu spannen sich die Sehnen der Flectoren des Unterschenkels sichtlich stark an. Krachen und Crepitiren ist hier nicht wahrzunehmen, hingegen tritt dasselbe, wenn auch nur schwach, bei Bewegungen ein, die man in den Fussgelenken veranlasst. Uebrigens finden sich weder hier, noch an den Epiphysen der übrigen Gelenke des Beines und der Füsse tastbare Formveränderungen; freilich lässt die Kranke sich nicht ausreden, dass sie in denselben ab und an Schmerzen, eine gewisse Steifigkeit und Behinderung beim Gehen verspüre.

Die Handgelenke, und zwar beide in gleicher Weise, lassen ihre natürliche Configuration vermissen. Es fehlt die Hand und Arm begrenzende Einschnürung; der Arm scheint sich über die unteren Epiphysen der Unterarmknochen hinweg, gleichmässig an Breite zunehmend, zur Hand fortzusetzen. Somit hat die Handgelenkgegend im transversalen, aber auch im lothrechten Durchmesser offenbar und auf Kosten des guten Ansehens gewonnen. Die Haut am Handgelenk ist beiderseits kühl, keine Erscheinungen von florider Entzündung aufzufinden Pat. vermeidet die activen Be-

wegungen möglichst, sie schreit bei unvorsichtigem Gebrauch derselben oft laut auf. Passive Bewegungen können langsam bewerkstelligt werden, doch ist die Excursion der Hand gegen die Längsaxe des Armes nach allen vier Seiten hin nur gering. Das Palpiren an den Epiphysen ist gleichfalls schmerzhaft. Im Gelenke ist kein Exsudat nachzuweisen, dagegen erscheinen die erreichbaren Contouren der Epiphysen nicht scharf markirt, hingegen verschwommen und ringsum wie von weicher Masse überlagert.

Die Fingergelenke sind nicht angeschwollen, mässig schmerzhaft und ohne wesentliche Functionsstörung. Dahingegen ist beiderseits die Gegend der Metacarpo-Phalangealgelenke offenbar verdickt, obgleich auch hier die Haut kühl und nicht geröthet ist. Die Knöchel prominiren ungleich stark. Passive Bewegungen erwecken Schmerzen, sind nicht völlig frei und von einem vernehmbaren Crepitiren begleitet. Die kleinen Finger verharren consequent in abducirter Haltung; überall erscheinen die Finger bei geschlossener Hand annähernd dachziegelförmig über einander gelegt und ulnarwärts gewandt; bei geöffneter Hand dagegen bilden sie offenbar nicht die gleichmässige Fortsetzung der Mittelhand, sondern erscheinen in von einander und von der Längsaxe der Mittelhandknochen unregelmässig abweichender Stellung. Obgleich sich in den Ellenbogen-, Schulter- und Kiefergelenken durch die Untersuchung Krankhaftes mit Bestimmtheit nicht nachweisen lässt, so sind dieselben doch sämmtlich, namentlich bei raschen und unbewachten Bewegungen empfindlich; dasselbe gilt von energisch auf die Gelenkgegenden ausgeübtem Fingerdrucke. Ja die Schmerzhaftigkeit dehnt sich bis auf die Schlüsselbeingelenke aus; in der That ist kaum ein Gelenk am Körper der Kranken, welches ihr nicht gelegentlich Schmerzen und Plage veranlasste. Bei ausgeübtem Drucke erweisen sich allemal gerade die Epiphysen als vorwiegend empfindlich. Der Kopf ist nach allen Richtungen hin gut beweglich. Druck auf die Dornen der Wirbel erregt keine Schmerzen.

Die Haltung, der Gang, alle Bewegungen der Frau sind dem Gelenkleiden entsprechend. Sie geht langsam, hinkend, vorsichtig, gebückt; je länger sie ruhig gesessen hat, um so schwieriger kommt sie wieder in den Gang. Doch war sie erst in Bewegung, dann hat man während ihrer Aufregung nicht selten gesehen, wie sie selbst ein Tänzchen aufführte, ohne über Schmerzen zu klagen. Auch die Handarbeiten, zu denen sie in letzter Zeit wohl einmal animirt worden ist, wollen nicht recht gelingen. Die Greifbewegungen sind derartig kraftlos, dass Pat. nicht im Stande ist, die Bettdecke zum Zudecken ihres Körpers zu handhaben.

Die Behandlung anlangend, so hat dieselbe in so weit sie gegen das Gelenkleiden gerichtet war, seither keine Triumphe zu feiern gehabt. Man ist mit warmen Bädern, mit localem Druckverband, Einreibung von Ungt. ciner. und Pinselung von Tinct. jodi vorgegangen, ohne dass ein sichtlicher Nachlass der Gelenkerkrankung erfolgt wäre. Freilich schien

es, als ob Schmerzhaftigkeit, Schwerbeweglichkeit und selbst die Anschwellung in einem Gelenke ein wenig nachliess, um im anderen dagegen festen Fuss zu fassen. Gegen die Aufregung der Kranken wurde eine Zeit hindurch, jedoch ohne wesentlichen Erfolg, mit Morphium-Injectionen vorgegangen. Man beschränkte sich dann auf die Anordnung von gelegentlichen Evacuantien und Roborantien, von symptomatischen und diätetischen Maassnahmen.

II.

Fräulein Br., geb. 1814, stammt von gesunden Eltern. Sie galt in ihrer Jugend für ein hübsches, gut begabtes, leidenschaftsloses, aber etwas verschlossenes Mädchen, erwarb sich reichliche Kenntnisse, entwickelte sich körperlich und geistig in normaler Weise. Den Mittheilungen nach wurde sie im Jahre 1841 melancholisch, wie von einer Seite behauptet wird, in Folge von Schreck, nach den Angaben Anderer „durch unglückliche Liebe." War sie in der ersten Zeit von Angst geplagt, traurig und menschenscheu, so griff in der Folge eine nicht unerhebliche maniakalische Aufregung Platz: Pat. sprach „über Alles in der Welt", befand sich in beständiger Agitation, zerstörte Sachen, bedrohte ihre Umgebung. Mit der Zeit verlief dieser Reizzustand im Sande und es näherte sich die nunmehr dem Blödsinn verfallene Kranke mehr und mehr ihrer jetzigen Verfassung.

„War ihr Gesundheitszustand schon früher, als sie noch junges Mädchen war, häufig durch Rheumatismus, Gicht und dgl. gestört, so nahmen, als die Geistesstörung bei ihr eintrat, die eben erwähnten Uebel sehr zu, so dass sie bald nicht mehr im Stande war, sich zu beschäftigen. Im Anfange waren besonders die Hände gelähmt, späterhin auch die Beine." Dieser körperliche Zustand einer- und andererseits ihre Unzugänglichkeit und zeitweise Aufregung brachte es mit sich, dass man die Kranke während der Dauer von nahezu 20 Jahren in ein und demselben Zimmer und Bette hielt. Erst als das Publicum, eine zweite Barbara Ubrik witternd, sich in's Mittel gelegt und eine gerichtliche Untersuchung veranlasst hatte, fand (am 18. October 1869) ihre Aufnahme in die Irrenanstalt Statt.

Status praesens. Ueber den Geisteszustand der Kranken konnte man unschwer zur Klarheit gelangen. Es handelte sich eben um hochgradigen Blödsinn: Pat. zeigte sich meistens heiter, schwatzte kurze Worte und sinnlose Sätze vor sich hin, äusserte keinerlei Interessen, kein bestimmtes Streben. Mitunter war sie ganz stumm, weinte auch wohl einmal, häufig sang sie ein kleines Lied — man rühmte sehr ihren einstigen musikalischen Sinn —; übrigens war sie durchaus harm- und anspruchslos. Auf Fragen theilte sie verkehrte, nicht entsprechende Antworten mit; einmal, als sie der Inductionsapparat in der gewohnten Ruhe störte, sagte sie: „ach, lassen Sie das, Herr Doctor." Ihr Geschwätz und auch ihre Bewegungen wiesen auf das Vorhandensein von Hallucinationen des Ge-

sichts und Gehörs, sowie auf das Bestehen von Wahnvorstellungen und Trümmer alter Wahngruppen hin.

Bei der körperlichen Untersuchung sprang zunächst die zusammengekrümmte Haltung der Kranken, ihre extreme Abmagerung und die Unfähigkeit, ausgiebige Bewegungen auszuführen, in das Auge. Es zeigte sich nun, dass nicht nur der Paniculus adiposus fast gänzlich geschwunden war, auch die Muskulatur erwies sich auf das Aeusserste reducirt und offenbar atrophisch degenerirt. In der That lagen die Muskeln der Extremitäten dem leicht und deutlich fühlbaren Knochen als dünne, schmale Streifen an. Kein Wunder, wenn, ganz abgesehen von der Beschaffenheit der Gelenke, alle Bewegungen nur langsam, unsicher und ohne Ausgiebigkeit erfolgten. Die Muskelsensibilität erschien besser erhalten als die Reflexreaction der Muskeln auf Hautreize und den Inductionsstrom.

Was letzteren anbetrifft, so lösten Ströme, gegen welche meine Muskulatur keinen Widerstand zu leisten vermochte, bei der Kranken noch keine Zusammenziehung derselben aus. Gleichwohl war es rein paralytische Schwäche, nicht etwa Coordinationsstörung, durch welche die Insufficienz der Bewegungsthätigkeit hervorgerufen war. Wie die Muskeln, so erwies sich auch die Haut als frei von Analgesie. Ueber Tast- und Temperatursinn konnte man aus begreiflichen Gründen zu keinem bestimmten Resultate gelangen. Gleich den übrigen Dermoidalgebilden (Haare, Nägel) hatte auch die Haut ihr normales Aussehen bewahrt; doch war sie an den Extremitäten weit und gestattete leicht Faltenbildung.

Die im höchsten Grade abgemagerten Beine erscheinen in der Weise wie ein Taschenmesser zusammengelegt, dass die Knie das Kinn, die Hacken aber die Trochanteren berühren. Vor activen Bewegungen, die ohnehin schwer auszuführen sind, hütet sich Pat. sorgfältig, weshalb sie denn auch mit Vorliebe die Bettruhe aufsucht. Jede passive Bewegung in den Hüft- und Kniegelenken, namentlich Streckung, ruft lebhaften Schmerz, Krachen und Crepitiren hervor. Die Streckung lässt sich, unter straffer Anspannung der Sehnen auf der Beugeseite des Gliedes, kaum bis zur Bildung eines Winkels von 45° im Knie fortsetzen. Demnach handelt es sich nicht um wahre Ankylose. Wie die Flexions- so sind auch die Rotationsbewegungen wesentlich erschwert und schmerzend. Die Fuss- und Zehengelenke erscheinen noch am wenigsten alterirt; freilich deutet auch bei ihnen das durch Manipuliren leicht hervorzurufende Krachen, eine nicht zu übersehende Schwerbeweglichkeit und Schmerzhaftigkeit auf krankhafte Beschaffenheit hin. Die jedes Gelenk überkleidende Haut bietet weder Temperaturerhöhung noch Veränderung der Farbe dar. Beim gleichfalls schmerzhaften Palpiren lässt sich Anschwellung der Epiphysen wie Stalaktitenbildung mit Sicherheit nur an den Condylis femoris nachweisen. Hier finden sich, vornehmlich neben der Fossa intercondyl. ant. reihenweis gestellt erbsen- und linsengrosse knöcherne Hervorragungen in grosser Zahl vor. Die Diaphysen der Arm- und Schenkelknochen sind in so fern be-

merkenswerth, als sie sich durch auffallend geringe Querdurchmesser auszeichnen.

Die Bewegungen im rechten Schultergelenke sind der Art behindert, dass der Arm nicht bis zur Horizontale emporgehoben werden kann, soll Pat. nicht vom Schmerz überwältigt werden. Eben sowohl sind Vor- und Rückwärtsbewegungen wesentlich behindert, erregen Schmerz und gleichfalls jenes crepitirende Geräusch. Extension, Pro- und Supination am Unterarm ausgeführt, weckt dieselben Erscheinungen im Ellenbogen- und Handgelenke. Das letztere ist dermaassen steif, dass die Hand sich nur um ein ganz Geringes seitwärts, vor- und rückwärts bewegen lässt. Das Handgelenk erscheint breit und abgeplattet, hat (in derselben Weise wie bei Fall I.) seine natürliche Configuration eingebüsst. Beim Palpiren finden sich hier ringsum die natürlichen Knochenleisten und Prominenzen ausgeprägter und verschärft, zudem auch neugebildete (Osteophyten) vor. Die hakenförmig zusammengekrallten vier Finger liegen ulnarwärts gewandt, wie dachziegelförmig neben und über einander; nicht ein Mittelhand- und Fingergelenk ist ganz frei von Difformität, Steifheit, Schmerzhaftigkeit und Crepitiren. Der rechte Daumen steht im ersten Gelenke in flectirter, im zweiten in hyperextendirter Stellung. Linker Arm und Hand bieten annähernd das Nämliche dar, nur ist hier das Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk weniger intensiv beeinträchtigt in seinen Bewegungen. Gleichfalls erweisen sich die Finger dieser Hand weniger contract und krallenartig als auf der anderen Seite; doch zeigt sich der dritte Finger im zweiten Gelenke, offenbar in Folge von Ankylose, rechtwinklig gestellt.

Natürlich ist die Leistungsfähigkeit beider Arme und Hände, was Gelenkigkeit, Kraft und Präcision der Bewegungen angeht, ganz ausserordentlich reducirt. Beim Essen ergreift die Kranke den Löffel mit der Faust und bringt in der That, wenn auch langsam und unsicher, die Speisung zu Stande. Offenbar hatte sie Ursache, diesen Modus der Bewegung fleissig zu üben, weshalb er denn auch noch unverhältnissmässig geläufig exercirt werden kann. Die Schmerzhaftigkeit der Gelenke ist es eben, welche zur Immobilität selbst dann einen nicht zu unterschätzenden Beitrag liefert, wenn, wie hier, gewichtige Motive, als Hunger und Durst, die Unbequemlichkeit überwinden helfen. Die Locomotion hingegen ist durch die in der That schwere Beeinträchtigung der Gelenke des Beines wie auch durch die Muskelatrophie völlig aufgehoben: die Kranke muss, wenn sie von einem zum anderen Orte geschafft werden soll, getragen werden. Sprache und Stimme sowohl wie auch die automatischen Bewegungsmechanismen erwiesen sich stets intact.

Der Kopf ist vorn über gebeugt, ruht fast auf der Brust. Die Wirbelsäule erweist sich starr, dazu im Brusttheile kyphotisch und skoliotisch (mit der Convexität nach rechts) verkrümmt. Einzelne Dornenfortsätze, so die des 3. und 4. Halswirbels, ragen auffallend vor. Die Kiefergelenke so wenig wie die Kaumuskulatur versagen ihren Dienst. Ueberall ist die

Muskelatrophie weit prägnanter an den Extremitäten als am Kopfe und am Stamme ausgeprägt. Ja, das Gesicht zeigt in Folge der wohl erhaltenen Fülle, der sich leicht (oft einseitig) röthenden Wangen und der glänzenden schwarzen Augen häufig ein blühendes Aussehen.

Der Kopf der Kranken ist wohl gebildet, mit glänzend dunklem Haare reichlich versehen. Die Bewegungen der Irides wie auch der Augenmuskeln ohne erkennbare Beeinträchtigung. Der Ausdruck der Physiognomie ist meistens sorglos und heiter, doch auch wieder leer und theilnahmlos. Die Untersuchung der Organe des Bauches und der Brust liefert nichts Bemerkenswerthes; die Herztöne sind rein, Puls regelmässig, nicht beschleunigt. Ueber Schwankung und Steigerung der Körpertemperatur ist nichts zu berichten. Trotzdem die Kranke jetzt dauernd im Bette liegt, ist Decubitus so wenig wie Geschwürbildung an ihr zu beobachten gewesen. Der Appetit der Kranken ist gut, doch hat die gute Ernährung derselben nur wenig zu einer Steigerung der Körperfülle verholfen. Se- und Excretionen in der Ordnung. Der Schlaf nur selten durch nächtliche Unruhe gestört.

Einmal während ihres Hierseins hatte Pat. an einer linksseitigen rasch und gutartig verlaufenden Pleuritis zu leiden. Uebrigens fristete sie ihre Existenz in gutem Wohlsein und ungetrübter Heiterkeit. Wesentliche Veränderungen und Schwankungen in ihrem leiblichen und geistigen Zustande waren weiter nicht zu notiren. Auch die Behandlung war den abgelaufenen Krankheitsprocessen gegenüber andauernd „exspectativ"; nur wurde stets der Förderung der körperlichen Ernährung der möglichste Vorschub geleistet.

III.

Henriette L. ist 1840 von armen Eltern geboren. Ihr Vater, ein schwächlicher und zum Jähzorn geneigter Mann, war dem Trunke ergeben und starb früh an Apoplexie. Ihre Mutter galt für heftig und zänkisch, starb 53 Jahr alt nach langdauerndem gichtischen Gebrechen. Die Kranke selbst wird als eine nur mittelmässig begabte, von Jugend auf wunderliche Person geschildert. Ihre Jugend verlebte sie in ärmlichen Verhältnissen bei sehr mangelhafter Erziehung. Sie war körperlich schwächlich, zeigte vorwiegenden Hang zur Trägheit, zur Zanksucht und Impertinenz, weshalb denn auch gerade ihr ein wesentlicher Beitrag zu dem in ihrer Familie heimischen Unfrieden beigemessen wird. In frühen Jahren schon hielt sie sich mit einem sogen. Bräutigam; später wechselte sie rasch mit Dienstherrschaften und Liebhabern — kein Wunder, wenn sie bald für eine liederliche Person und Herumtreiberin verschrien war.

Im Jahre 1868 erkrankte H. L. am Typhus. Sie überstand die Krankheit freilich; indessen erholte sie sich nur langsam, schien von Gewissensbissen über ihre frühere Leichtfertigkeit gequält und suchte Trost im Gotteshause. Im Weiteren verlor sie mehr und mehr jede Herrschaft über sich; sie wurde arbeitsscheu, bekundete einen verstärkten Hang zur Vaga-

bondage und wurde wiederholt von der Polizei bestraft. Sie beklagte sich das eine Mal über Lieblosigkeiten, Kränkungen, Beeinträchtigungen und Beschimpfungen, denen sie täglich ausgesetzt sei; zu anderen Zeiten zeigte sie sich selbstbewusst und hochmüthig, sprach von ihrer hohen Herkunft und grossen Bestimmung. Nun erschien sie selbst den Laien „unverständig und unselbstständig"; gleichwohl kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die Geistesstörung gewissermaassen mit ihr aufgewachsen ist, dass die Erkrankung am Typhus aber erst eine augenfällige Exacerbation aller Krankheitssymptome und eine präcipitirte Entwickelung der Psychose nach sich zog. Alle Versuche, die man in der Folge machte, die Kranke zum regelmässigen, thätigen Leben anzuleiten, scheiterten gänzlich. Man nahm sie endlich von der Strasse auf und brachte sie in ihr heimathliches Armenhaus; doch auch hier erregte sie dadurch Aergerniss, dass sie in dem Wahne, von Anderen geneckt und verspottet zu werden, zu Streit und Handgreiflichkeiten die Veranlassung gab. Den sich täglich häufenden Verdriesslichkeiten konnte man auch dann nicht entrinnen, als man sie in das Hospital aufnahm und möglichst isolirte. Jetzt steigerte sich hingegen unter der Einwirkung von Hallucinationen und Gefühlstäuschungen ihre geistige Verwirrung, Zerfahrenheit und Aufregung. Als sie dann durch ihr Lärmen die Nachbarschaft ermüdet hatte, zudem unreinlich, zerstörend und nicht ungefährlich erschien, wurde am 21. Febr. 1871 ihre Aufnahme in die hiesige Heil- und Pflegeanstalt veranlasst. Aus den leider nur aphoristischen Notizen über die Vergangenheit der Kranken ist zu ersehen, dass nicht lange nach Ablauf des Typhus zugleich mit „dem Beginn (der Exacerbation) der Geistesstörung" eine Steifheit der Hände und schmerzhaftes Ziehen in den Armen hervorgetreten sei. Welcher Art und von welchem Verlaufe das Leiden war, darüber ist eine verlässliche Mittheilung von kundiger Seite nicht zu erlangen.

Status praesens. Wenige Fragen genügen zur Feststellung einer hochgradigen Verwirrung im Vorstellungsleben der Kranken. Sie handelt auf Antrieb perverser Wahrnehmungen und nach der Eingebung von Wahnideen, ohne äussere Veranlassung und ohne bestimmten Zweck, ist hier und da sehr aufgeregt, schreit und schimpft dann laut, schlägt um sich und zerstört Sachen, wo sie ihr in die Hände fallen. Manchmal jammert und weint sie, klagt über die Beeinträchtigungen, denen ihr Körper ausgesetzt sei. Ausser den Hallucinationen sämmtlicher Sinne sind es vornehmlich Gefühlsstörungen und Schmerzempfindungen, welche auf ihre Stimmung, auf ihr Thun und Lassen von bedingendem Einfluss sind. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht die erotische Tendenz: dieselbe tritt bei der im Gefühlsleben völlig verarmten Kranken in rohester Form zu Tage. Trägheit, Gefrässigkeit und widerliche Unreinlichkeit vervollständigen das unerquickliche Bild. Die Uebergänge von einer Affectsart in die andere finden oft rasch und ohne Vermittlung Statt; so kommt es, dass Pat. in einem Augenblicke freundlich und freudig erregt erscheint,

und im nächsten schon hat sie eine andere Kranke oder eine Wärterin bei den Haaren. So lästig die Kranke für ihre Umgebung ist, so unterliegt es dennoch keinem Zweifel, dass sie selbst im höchsten Grade geplagt ist: oft klagt sie, dass sie keinen Kopf, keine Eingeweide habe, dass sie von Ratten und Ungeziefer angefressen werde etc.

Was die Untersuchung ihrer Gelenke anbelangt, so bieten die Mittelhand-Fingergelenke beider Hände die auffallendste Veränderung dar. Die Knöchel derselben erscheinen verdickt, die Zwischenräume zwischen ihnen nahezu verstrichen. Die active Beweglichkeit ist erheblich beeinträchtigt, passive Bewegungen der Finger rufen daselbst ein deutliches Crepitiren, doch nur geringe Schmerzempfindung hervor. Die Extension und Flexion gelingt nicht völlig, erstere ist allemal von straffer Anspannung der Sehnen Mm. flectorum digit. begleitet. Exsudat und Entzündung in den Gelenken ist so wenig, wie entzündliche Beschaffenheit der sie überkleidenden Haut nachzuweisen. An der rechten Hand zeigt sich der Zeige- und kleine Finger nicht unerheblich um seine Längsaxe gedreht, so dass die Nägel beider mit der Volarfläche der Hand nicht in gleicher Ebene liegen; der letztgenannte Finger verharrt zudem in stark abducirter Stellung. Die Bewegungen in den Fingergelenken sind sämmtlich nicht völlig frei, doch erweisen sich die 3. Gelenke stärker beeinträchtigt, als die 2., welche die Flexion der Finger bis zum rechten Winkel hier nicht gestatten. Verdickung der Knochenenden und Schmerzhaftigkeit bei activen und passiven Bewegungen ist unerheblich, wenn auch nachweisbar. Die Gelenke beider Daumen gestatten annähernd ungehinderte Bewegungen. Die vier übrigen Finger jeder Hand bieten bei loser Faustbildung die Andeutung der ulnarwärts gekehrten, dachziegelförmigen Lage dar. Im 2. Gelenke des dritten Fingers der rechten Hand besteht geringgradige Subluxation. Während in diesem Falle die mit den Gliedern vorgenommenen Manipulationen in den Gelenken so wenig Schmerz erzeugen, wie der Fingerdruck, so klagt die Kranke häufig über ausserordentliche Empfindlichkeit, welche ohne äusseren Reiz in den Gelenken, doch auch entlang der Wirbelsäule aufträte. Dasselbe behauptet sie von Hand-, Schulter- und Ellenbogengelenk, an denen die objective Untersuchung ausser dem bei starken Bewegungen hier und da eintretenden, jedoch unerheblichen Krachen nichts Positives nachzuweisen vermag. Aehnliches ist von den Gelenken der unteren Extremitäten zu berichten. Doch macht das rechte Fussgelenk wiederum in so fern eine Ausnahme, als sich hier die Epiphysen der Unterschenkelknochen, namentlich der Malleolus int., erheblich verdickt und schmerzend erweisen. Auch ist die Bewegungsfähigkeit dieses Fussgelenkes offenbar beeinträchtigt. Im Allgemeinen lässt sich behaupten, dass das Gelenkleiden während des letzten Jahres so wenig Fortschritte als Rückschritte gemacht hat; demnach hätte man entweder auf eine ausserordentlich langsame oder gar intermittirende Entwicklung desselben zu schliessen.

Die Kranke ist eine lang gewachsene, blasse, dürre Person, deren

guter Appetit ihr noch wenig zur körperlichen Fülle verholfen hat. Kopf wohl geformt und mit reichlichem, blondem Haare bedeckt; die Stirn schmal und niedrig, das Gesicht oval, regelmässig. Augen grau, Bewegungen des Bulbus träge; Pupillen gleich weit, dehnen sich bei in das Auge einfallendem Lichte nur wenig exact und ausgiebig. Zunge mässig stark belegt — Pat. salivirt stark —, vibrirt beim Ausstrecken. Ohren ohne Ohrläppchen. Ausdruck des Gesichts häufig heiter, auch schmerzlich verzogen, für gewöhnlich stupide und starr. Die Schärfe der höheren Sinne nicht beeinträchtigt. Hals lang und dünn. Lungen und Herz ohne die Anzeichen einer organischen Erkrankung Die Organe des Bauches und Beckens bieten krankhafte Verhältnisse nicht dar. Die Haut ist überall weich und geschmeidig, weist locale Temperaturerhöhung nicht auf. Die Nägel der Hände und Füsse von normaler Form und Beschaffenheit. Die Se- und Excretionen des Körpers — abgesehen von denen der Speicheldrüsen — gehen in gehöriger Weise von Statten. Der Schlaf der Kranken häufig unterbrochen und unruhig. Ihre Stimme ist matt, die Sprache langsam und schleppend; auch der Gang hochbeinig und steif. Doch rührt die letztere Erscheinung offenbar von der Schonung her, welche Pat. den Fussgelenken angedeihen lässt. Somit wären Motilitätsstörungen im eigentlichen Sinne nicht zu bemerken. Doch erweist sich auch die Sensibilität der Haut, die Reflexaction und electrische Reizbarkeit der Muskeln der Norm entsprechend.

Der körperliche und geistige Zustand der Kranken verharrte während ihres Hierseins im Allgemeinen auf derselben Stufe. Doch kann man nicht unerwähnt lassen, dass die consequent angewandten subcutanen Morphium-Injectionen von entschieden beruhigendem Einfluss bei ihr waren.

Vorstehende Mittheilungen betreffen demnach drei von Arthritis deformans — die Annahme dieses Leidens als Krankheitseinheit vorausgesetzt — betroffene Frauen. Die Erstgenannte derselben hatte mit den Vorboten der Geistesstörung Jahre hindurch zu kämpfen, bis diese in ihrem 44. Jahre zugleich mit dem Eintritt der Gelenkerkrankung zur vollen Entfaltung gelangte. Die Entwickelung der Psychose durch die Melancholie und Manie hindurch zur anscheinenden Reconvalescenz bietet im Grossen und Ganzen nichts Eigenartiges dar. Die Arthritis hat offenbar auch heute ihre ersten Phasen noch nicht völlig zurückgelegt; die acute Reizbarkeit der Gelenke, verbunden mit Difformität und Schmerzhaftigkeit der Epiphysen der Knochen, zeigte seither einen nur geringen Wechsel in den Krankheitsphänomenen, jedoch keinen Rückgang, jedenfalls zu keiner Zeit eine Abhängigkeit von dem Verlaufe des

psychischen Leidens. Es muss demnach die Prognose beider Leiden, des psychischen und somatischen, eines jeden für sich gestellt werden; ist die des ersteren zweifelhaft, vielleicht günstig, so kann die des anderen nicht anders als infaust bezeichnet werden.

Der zweite Fall, ein 58 J. altes, dem Blödsinn verfallenes Fräulein betreffend, liefert ein charakteristisches Bild vom Ausgange unserer Gelenkkrankheit. Es ist bemerkenswerth, dass es sich hier, soll man den allerdings nicht sehr concisen Berichten trauen, um eine mit der Entwickelung der Hirnerkrankung zusammenfallende entschiedene Exacerbation ihres schon vorher ab und an in Scene tretenden „gichtischen Leidens“ handelt. Zudem ist bei Frl. Br. die ausserordentliche Abmagerung und ausgeprägte Muskelatrophie von grossem Interesse. In Betreff der Prognose bedarf es nur des Hinweises auf die Voraussage, welche für Blödsinn und andererseits für A. deformans allgemeine Giltigkeit besitzt.

In der letzten Mittheilung finden wir eine zur Psychose prädisponirte und gewissermaassen prädestinirte dreissigjährige Frauensperson geschildert, welche heute offenbar bereits dem Blödsinn anheim gefallen ist. Sie stammt von einer Mutter, die höchst wahrscheinlich mit demselben Gelenkleiden behaftet war, von welchem die Tochter, zur Zeit einer rascheren Entfaltung ihrer Geisteskrankheit, befallen wurde. Die Arthritis verlief seither offenbar ohne den nach In- und Extensität gleich schweren Verlauf, welchen die beiden anderen Frauen an sich zu beklagen haben. Immerhin bleibt auch hier die Prognose für das geistige wie körperliche Leiden nicht minder ungünstig.

Somit darf man die Thatsache als feststehend betrachten, dass — von sechszig hierselbst detinirten Weibern — drei unzweifelhaft geistesgestörte Frauen an derjenigen Gelenkkrankheit zu leiden haben, welche sich in den Handbüchern der Pathologie unter der Bezeichnung Arthritis deformans (A. nodosa, chronica sicca) verzeichnet findet. Selbst wenn man berücksichtigt, dass dieses Gelenkleiden erfahrungsgemäss am liebsten bei im kräftigsten Lebensalter stehenden Frauen aus den unteren Schichten der bürgerlichen Gesellschaft auftritt,

selbst wenn man ferner erwägt, dass Geisteskranke, insofern sie sich den zu körperlichen Krankheiten führenden Schädlichkeiten ohne Scheu exponiren, auch der Arthritis in erhöhtem Maasse ausgesetzt sein müssen — immerhin wird hier der Procentsatz (5 pCt.) ausserordentlich frappiren, wenngleich ihm kein statistischer Werth beizumessen ist. Gleicher Weise fällt in den drei beschriebenen Krankheitsfällen der Beginn (resp. die Exacerbation) des Gehirn- und Gelenkleidens in all' zu augenfälliger Weise zusammen, als dass man ohne Weiteres die Annahme eines inneren Zusammenhangs beider Leiden von der Hand weisen könnte.

Freilich der Deutung, dass, wie beim acuten Gelenkrheumatismus, das Gelenkleiden als solches den pathischen Hirnprocess direct oder indirect ursächlich bedinge, widerspricht Fall II., wenn man sonst den Mittheilungen, nach denen hier dem Ausbruch der Psychose zeitweise Anfälle von „Gicht und Rheumatismus" vorausgingen, Glauben schenken kann. Was die Zuverlässigkeit letzterer anbetrifft, so steht die Sache jedoch so, dass Laien (ärztliche und nichtärztliche), abgesehen selbst von der Schwierigkeit, welche die Diagnose eines beginnenden Gelenkleidens thatsächlich zu überwinden hat, nicht selten den Anfang einer Geistesstörung in das Ende derselben verlegen. Demnach hiesse es unseren Beobachtungen Zwang anthun, wollte man, gestützt auf nicht völlig verlässige Berichte, für Arthritis als Ursache der Psychose, oder umgekehrt: für Geistes- als Ursache der Gelenkkrankheit in die Schranken treten. Ueberall lässt sich ein innerer Zusammenhang beider Krankheiten aus unseren Fällen nicht gradezu beweisen, doch glauben wir die Wahrscheinlichkeit desselben aus dem Beobachteten um so entschiedener folgern zu dürfen, als ein ähnlicher Nexus für verwandte Gelenkkrankheiten bereits anderweitig demonstrirt worden ist. Ja, man thut gut, diese Frage noch nach einer anderen Richtung hin auszudehnen. Wir wissen nämlich, dass manche Geisteskranke, und zwar unter ihnen vornehmlich solche, die auf eine Affection der Medulla spinalis verdächtig sind, stets auf ihre Gelenke als die vornehmlich und empfindlich schmerzenden Stellen hinweisen. Ergab mir in solchen Fällen die vorgenommene Localuntersuchung gleich-

wohl keine palpablen Resultate. so konnte ich doch nicht umhin, die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit in das Auge zu fassen, dass der Schmerz thatsächlich durch eine leichte und vorübergehende Gelenkaffection veranlasst worden sei. In den überwiegend zahlreichsten Fällen verschwindet der Schmerz und mit ihm die Erinnerung an den „Schmerzpunkt" spurlos; bei einzelnen Individuen jedoch haftet er und bald gehen die ersten unverkennbaren Symptome von beginnender Arthritis in Scene.

Immerhin rufen wir zweifelnd aus: wo ist der gemeinsame Boden zu suchen, in dem sich die Wurzeln des körperlichen und geistigen Uebels, der Arthritis und Neurose, begegnen? Freilich, da selbst der feierlichste Appell an das vasomotorische und trophische Nervensystem heut zu Tage nicht schwerer wiegt als das Raisonnement von einer pathologischen Affinität, so müssen wir uns einstweilen mit der Hoffnung zufrieden geben, dass weitere Erfahrungen und tiefere Forschungen auch zu dieser offenen Frage den Schlüssel liefern werden. —

Die landwirthschaftliche Colonie der Anstalt Colditz.

Von

Director Dr. **Voppel.**

Einleitung.

Die Neuheit des Gegenstandes, soweit es sich um die Verwirklichung und die praktische Fortentwickelung der in wissenschaftlichen Kreisen seit einer Reihe von Jahren behandelten Idee in etwas grösserem Maassstabe auf deutschem Boden handelt, mag es entschuldigen, wenn in etwas ausführlicherer Weise die vorliegende Arbeit Vortheile und Nachtheile einer freieren Verpflegung Irrer möglichst objectiv und mit allem Freimuth, den eine so wichtige Angelegenheit verdient, dem sachverständigen Urtheile unterzieht, um ihren Beitrag auf der einen Seite zur Beseitigung ganz unbegründeten Misstrauens gegen die Sache selbst, auf der anderen ebenso sehr zur Widerlegung allzu optimistischer Auffassung über dieselbe mit klarer Beweisführung zu liefern.

Wenn nun nach den gemachten Erfahrungen ein dreijähriger Zeitraum genügen möchte, um die Befestigung des neuen Baues in sich selbst nachzuweisen, so hat man, glaube ich, auch Zeit genug gewonnen, die anfänglich auf das weiteste Maass individueller Freiheit für Irre berechneten Einrichtungen und Maximen an ihren Erfolgen zu prüfen und soweit denselben anzupassen, um nach mancherlei Modificationen auch hierüber zu einem sicheren Abschluss gelangt zu sein, sodass ein fertiges Bild von diesem Gegenstande allgemeiner

Theilnahme, wie es sich in der Wirklichkeit gestaltet hat, entworfen werden kann.

Entstehung der Colonie Zschadrass. Nach den Vorerörterungen, welche durch überschwengliche Schilderungen von *Gheel* u. A. die angegriffenen Anstalten gleichzeitig zu discreditiren suchten und den Vertheidigern der letzteren lediglich veraltete oder gar egoistische Gründe in einer die literarische Würde als überwundenen Standpunkt bezeichnenden Weise unterlegten, folgte *Griesinger*'s bekannte Schrift, die, wenn auch keineswegs frei von leidenschaftlicher Färbung, doch zuerst Positives bot und insofern auch für uns von entscheidendem Einflusse war, als durch sie an die Frage über den Neubau einer 4. Irrenanstalt sich unmittelbar die Diskussion wegen alsbaldiger Realisirung eines Theils der *Griesinger*'schen Vorschläge anschloss.

Noch kam hinzu, dass ein seit Jahren mehr und mehr gefühltes Bedürfniss nach Erwerbung naheliegenden Areals zum Zwecke ausgedehnterer Beschäftigung im Freien, als bisher möglich gewesen, auch uns erwünschten Anlass gab, zur sofortigen Einrichtung einer ländlichen Colonie die willige Hand zu bieten: ein Entschluss, der, wie nicht geleugnet werden soll, durch *Griesinger*'s klare, wenn auch extreme Lehren und Forderungen aus der seitherigen Unsicherheit und Unfertigkeit heraushalf.

Motive bei Errichtung der Colonie. Wenn die Einreihung einer offenen Pflegestätte in die von Staatswegen unterhaltenen Irrenasyle zugleich eine nachhaltige Entlastung der letzteren von der ihnen drohenden Ueberfüllung in's Auge gefasst hatte, so musste nach kurzem dieses Mittel als unzureichend angesehen werden, da nach dem Umfange der gebotenen Aushülfe sowohl, als nach der ganzen Beschaffenheit unserer Irrenbevölkerung nur ein sehr beschränkter Gebrauch davon zu machen war. Es bleiben also als hauptsächliche Motive zur Anstellung eines Colonisationsversuches übrig:

1) eine befriedigendere, das geistige und körperliche Wohlbefinden der Irrenbevölkerung fördernde Lösung der Irrenfrage, und
2) die financiell vortheilhaftere Art der Unterbringung und

Unterhaltung der Irren, als dies bei den geschlossenen Anstalten mit ihren kostspieligen Apparaten bisher zu ermöglichen war.

Da ferner nach den bekannten humanen Absichten der Regierung davon nicht die Rede sein konnte, auf Kosten des erstgenannten Prinzipes die Vortheile wohlfeilerer Verpflegung zu vermehren und dahin zielende Bestrebungen aufzumuntern, so war zur Ausschliessung von vornherein kränkelnder Zustände, welche die Erfahrung in- und ausserhalb der Anstalten erkennen gelehrt hatte, für das Unternehmen vor Allem eine selbständige Stellung zu gewinnen. Es galt also als Hauptziel die Erfüllung des Bedürfnisses individueller Regung und die Herstellung eines Aufenthaltes, in welchem der Vorgeschmack der vollen Freiheit den Irrsinnigen gewährt, niemals von ökonomisch-finanziellen Rücksichten dominirt oder überwuchert, damit aber das Wohlbefinden der Kranken in eine unbestimmte und schwankende Form gerückt werden könnte. Dies würde um so mehr zu beklagen gewesen sein, als die nach Geist und Inhalt unverkennbar humanen Ideen *Griesinger*'s keineswegs eine gedankenlose Nachahmung vorangegangener Schöpfungen dieser Art, sondern vielmehr die grössere Wohlfahrt der Geisteskranken und die in Zukunft mögliche Anbahnung weiterer Uebergangsstufen vertreten wollten.

Die Art der Ausführung einer so menschenwürdigen Aufgabe musste nach Ansicht dieses Autors also wohl den besonderen Verhältnissen und Zuständen möglichst angepasst, nimmer aber sollte durch sie eine neue Zwangsanstalt hervorgerufen werden, in welcher dem Wohlbefinden und dem Zugeständniss eines dem Kranken individuell zukommenden Maasses von Selbständigkeit nur eine untergeordnete und zweifelhafte Stelle zukam. Dabei musste jedoch die neue Organisation nicht ausser Acht lassen, dass die Extraner als Kranke zwar bis zu einem gewissen Punkte einer grösseren Freiheit bedürftig, voraussichtlich aber derselben ungewohnt seien und bei ungeregeltem Gebrauche derselben die Entfaltung der ihnen gebliebenen oder zurückkehrenden Triebe und Kräfte bedenklich fallen müsste.

Das Spiel derselben planmässig zu leiten und, mit steter

Innehaltung der für den Einzelnen festzustellenden Grenze, Geist und Körper in wohlthätiger Weise anzuregen und vor Abwegen zu bewahren, blieb als zweitwichtigste Aufgabe stehen.

Dass dabei die Erhaltung einer verständigen Disciplin, die Uebertragung der Ordnung, Pünktlichkeit und der Handhabung des öffentlichen Anstandes von der Anstalt auf die ländliche Niederlassung als unerlässlich galt, bedarf wohl keiner Rechtfertigung da, wo es darauf ankam, einer ziemlichen Anzahl Geisteskranker Verirrungen aller Art und die Gefahren eines Grades von plötzlicher Uneingeschränktheit zu ersparen, die sie der Beobachtung unumgänglicher Gesundheitsregeln abwendig machen konnte. Darauf beschränkte sich zunächst unsere Vorsicht, die die Weiterentwickelung durchaus nicht präjudizirt und dem Gedeihen des Ganzen wesentlichen Vorschub geleistet hat.

Wahl der Oertlichkeit. Zu dem Ende mussten die äusseren Bedingungen so günstig sein, dass die erforderliche Aufsicht und Ueberwachung des Terrains geübt und Verlockungen ausgeschlossen werden konnten, welche aus nicht zu vermeidender Berührung mit der Landbevölkerung hervorgehen, zu heimlichem Verkehr oder gegenseitiger Befehdung aus Unkenntniss, Rohheit und Eigennutz führen und die Zwecke des ländlichen Filials ernstlich bedrohen konnten.

Andererseits war bei dem Ankauf von Grundstücken darauf Bedacht zu nehmen, keine bleibenden ökonomischen Nachtheile zu schaffen, damit man nicht durch unzweckmässige Lage, Ungunst des Bodens, Mangel an guter und regelmässiger Verbindung mit der Anstalt Factoren herbeiführte, welche nach irgend einer Richtung hin den raschen Aufschwung der Colonie gehemmt oder ihr allzuenge und unbequeme Grenzen gesteckt haben würden.

Umgebung. Bisher hat die getroffene Wahl der Ortschaft Zschadras [1]) nach irgend einer der genannten Beziehungen nicht bereut werden müssen und manche Schwierigkeit,

---

[1]) Die nähere Beschreibung derselben s. Irrenfreund Jahrgang 1868. No. 11/12

die ohne Zweifel das Zusammenleben Irrer mit einer geistesgesunden Bevölkerung im Gefolge führte, hat für beide Theile das Abschreckende verloren oder ist durch Entgegenkommen und Belehrung glücklich aus dem Wege geräumt worden.

Die anfängliche Scheu der Anwohner, welche sich in eben nicht zarter Weise gegen die Irrsinnigen und selbst gegen deren Pfleger kund gab, hat im Laufe der Zeit besserer Erkenntniss Raum gegeben: viel eher ist nun unzeitige und selbstsüchtige Gemeinschaft mit Ausnutzung der Kräfte und Schwächen der Kranken als neue Schädlichkeit abzuwehren gewesen, da derselben aus Opportunitätsrücksichten nicht immer mit Nachdruck entgegen getreten werden durfte.

In neuerer Zeit hat der mehrfältig betriebene unterirdische Abbau von Braunkohlenflötzen in unmittelbarster Umgebung unserer Besitzungen durch das Heranziehen auswärtiger Arbeiter die angedeuteten Gefahren und Collisionen etwas vermehrt, wogegen mehr durch Klugheitsmaassregeln, als durch Anrufen gesetzlicher Vorkehrungen anzukämpfen war. Doch hat diese Abwehr vor der Hand noch genügt und auffällige Misslichkeiten entfernt gehalten.

Qualification des Wartpersonals. Dass die erwähnten Gefahren durch ein zuverlässiges und gut eingerichtetes Wartpersonal abgeschwächt, wenn nicht ganz verhütet werden können, leuchtet von selbst ein. Doch lag es nicht in der Absicht, die Zahl desselben über das allernothwendigste Bedürfniss zu erhöhen, um nicht dadurch neue Missstände zu begründen. Man ist in dieser Beziehung sogar weiter zurückgegangen, in dem Maasse, als sich die Zustände fester gestalteten und die Uebernahme ökonomischer und häuslicher Arbeiten durch sichere Verpflegte eine derartige Maassregel zulässig erscheinen liess. Die Auswahl geeigneter Wärter war um desswillen eine schwierigere, weil offenbar in dem freien Verpflegmodus die Gelegenheit zu Uebertretungen, Unterlassungen und überhaupt allmähliger Depravation des Wartpersonals eine gefährliche Klippe abgiebt, die desshalb nicht leicht zu umschiffen war, weil man sich einerseits zu hüten hatte, die strengeren Formen der geschlossenen Anstalt auf die Colonie zu übertragen, andererseits aber auch ein höherer

Anspruch an solche Wärter gemacht werden musste. Nicht nur, dass ihre disciplinarische Treue und Gesetzmässigkeit erprobt und keiner steten Ueberwachung bedürftig sei, sondern auch, dass sie grössere Fertigkeit und Intelligenz besitzen für entsprechende Anleitung und individuelle Behandlung der Irren, ist eine Forderung, zu der das Anverlangen eines gewissen Geschicks mit Rüstigkeit in allen landwirthschaftlichen Verrichtungen hinzutritt, ohne welche Eigenschaften die nützliche Wirksamkeit eines Wärters der Irrencolonie nicht gedacht werden kann. Dabei darf er sich zu allen diesen Zwecken nur erlaubter Mittel bedienen und muss die oft in seine Hand gelegten individuellen Interessen des Kranken, wie die der Landwirthschaft selbst, zu wahren und zu fördern bemüht sein.

Muss man nun zugestehen, dass eine Vereinigung dieser Erfordernisse in einer Person kaum zu hoffen ist, so bot sich, um eine solche herzustellen, der praktische Ausweg dar, zwei kleine Wärterabtheilungen zu schaffen, davon eine für Dienst und Ordnung in Haus und Hof bestimmt blieb, deren andere dagegen durch ihre Bekanntschaft mit ländlichen Arbeiten zur Unterweisung, Regelung und zum rührigen Mitschaffen bei den vom Oekonomie-Verwalter täglich näher bezeichneten Beschäftigungen besonders geeignet schien.

Trotzdem war es bei der Mangelhaftigkeit des zu solchem Dienst sich stellenden Personals durchaus keine leichte Sache, eine nur einigermaassen befriedigende Auswahl zu treffen und zwang anfänglich die Noth oder die Neuheit des Experiments manches Interimistiscum auf, welches in ein Definitivum zu verwandeln nur nach wiederholten Versuchen gelang.

Schwierig wird die Erhaltung geeigneter Persönlichkeiten für die ökonomische Betheiligung stets bleiben, da nach anstrengender körperlicher Arbeit den Heimkehrenden hier nicht die sonst wohl übliche Ruhe und Sorglosigkeit geboten, sondern bis in die Nachtzeit unermüdete Sorgfalt und Wachsamkeit zur Pflicht gemacht wird, überdiess von ihnen auch zahlreichere Rücksichten zu nehmen sind, als in jedem anderen ländlichen Dienste.

Nun ist zwar Sorge getragen, dass die Wärter eine Aufmunterung in den kleinen Gratificationen am Jahresschlusse

finden und gegen die grosse Mehrzahl der Anstaltswärter eine raschere Lohnerhöhung erfahren, wie dies auch aus gleichem Grunde den Pferdeknechten — deren einer ist ein gesund von hier entlassener Pflegling! — zuzubilligen war, dennoch vermochten wir erst nach der Rückkehr unserer Truppen und mit dem Wiedereintritt dieser älteren Leute in den Anstaltsdienst zu einer Stabilität zu gelangen, welche auf längere Zeit hinaus eine sachgemässe Unterstützung der vorhin bezeichneten Intentionen verspricht und den Nachtheil des Wechsels in den Personen ausserordentlich vermindert: denn auch hier war zu erkennen, wie die dem Militärstand angehörenden Wärter — ohne einzelnen und dann sehr bewährten Leuten des Civil- und Arbeiterstandes zu nahe zu treten — rascher die ihnen gestellte Aufgabe erfassten und namentlich der Corruption von aussen her sicherer widerstanden.

Die Zahl der Wärter blieb auch mit der Vermehrung der Colonen auf 6 beschränkt, davon 3 im äusseren Dienst unter dem Schirrmeister die Ausführung ländlicher Arbeiten aller Art betrieben, während die übrigen unter einem Oberwärter die häuslichen Obliegenheiten zu besorgen haben: das Verhältniss der Wärter zu den Kranken, den Oberwärter eingerechnet, beträgt demnach 1 : 12; in der Anstalt selbst, bei sonst geschlossenen Vorkehrungen, durchschnittlich 1 : 9. Dies Verhältniss wird sich zu Gunsten der grösseren Freiheit der Verpflegten noch erweitern lassen in dem Maasse, als die Zahl der letzteren vermehrt werden kann.

Modalität der Colonisation. Bevor die Art der Ausführung unserer Colonisationsidee näher erörtert werden konnte, musste natürlich das von *Griesinger* aufgestellte erste Motiv mit Berücksichtigung unserer speciellen Verhältnisse geprüft und die richtige Auswahl unter den verschiedenen möglichen Formen getroffen werden. Wir halten dafür, dass die Entscheidung, ob wir überall die dort erhobenen Forderungen in Rechnung gezogen, nur auf thatsächliche Beweise zu stützen sei, da eine subjective Beurtheilung, welche die Sache je nach dem Standpunkte der verschiedenen Redner pro und contra gefunden, diese „Arena der alten und neuen Zeit“ auf's Neue zum behaglichen Tummelplatz ihrer Meinungen ausbeuten würde.

Nur ein sehr befangener Sinn oder der durch unverdienten Tadel herausgeforderte Widerspruschsgeist und jene, durch unkundige Einmischung idealer Reformatoren erzeugte Reizbarkeit im Irrenwesen wohl erfahrner Männer wird noch die Richtigkeit der Wahrnehmung anfechten wollen, dass es in jedem Irrenasyle Kranke giebt, denen, bei der mehrfach erwiesenen Insufficienz für ein Leben in der Aussenwelt, doch die Abschliessung und Unterordnung, die den Irrenanstalten so nothwendig ist, zur schweren Last wird.

Wie nun für sie die gleichmässige Regelung ihrer persönlichen Bedürfnisse und Angelegenheiten vermitteln, ihnen Schutz vor den eigenen, übermächtigen Trieben verschaffen und sie vor dem Einfluss unbesonnener oder muthwilliger Störungen bewahren? Welche Normen können sich für diejenigen heilsam erweisen, deren relative Schwäche und Mangel an Selbstbeherrschung ihnen selbst die einfache Familienverpflegung verschliesst, wie sie in den niederen Ständen (und von diesen sprechen wir jetzt lediglich, da für Wohlhabende sich eher Abhülfe ermitteln lässt) zu Hause ist? Abgesehen hiervon, darf man eine verständige Auffassung und Behandlung der Gestörten in den niederen Lebenskreisen, die sich für Irrsinnige darbieten würden, voraussetzen? In unseren mitteldeutschen und stark bevölkerten Gegenden gewiss nicht!

Alle diese thatsächlich begründeten Einwendungen werden noch verschärft durch die Schwierigkeit und Kostspieligkeit der Ueberwachung, die auf sehr umfängliche Gebiete erstreckt werden müsste, da mit Ausnahme einer verschwindend kleinen Anzahl von Irren, die in grösserer Nähe von Anstalten der Familienverpflegung anzuvertrauen wären, nur eine Vertheilung auf weit entlegene Landbezirke dem wirklichen Bedürfnisse entsprechen könnte. Und hat man nicht in grossen und für humane Zwecke auch reich dotirten Gemeinwesen in neuerer Zeit der staatlichen Pflege vor der so vielartig gehandhabten privaten Erfüllung einer in ihren Details gewiss mühseligen und viel Ausdauer und Uebung heischenden Pflicht den Vorzug gegeben, ohne dass hierzu finanzielle Rücksichten gedrängt hätten?

Also schaffe der Staat Lebensbedingungen für jene Klasse

von Irren, die weder Vertrauen in sich für die Fortsetzung ihrer früheren Existenz gewinnen, noch auch Widerstandskraft für die Versuchungen von aussen besitzen oder sonst unmöglich geworden sind; Bedingungen für die, welche dem Druck der engeren Gemeinschaft mit zahlreichen Irren und deren Wächtern zeitiger erliegen und nur durch Lösung dieser Bande in einem der vollen Freiheit Spielraum gewährenden Verhältniss einer der gesunden Bevölkerung nahe gleichen Behandlung und Beschäftigung sich erfreuen können.

Vorzug des Meiereisystems. Da die von uns erworbenen Landgüter mitten in einem kleinen Dorfe und zwar nicht unmittelbar neben einander gelegen, sondern durch fremde Besitzungen von einander getrennt waren, so empfahl sich für uns die Ausführung der Niederlassung in mehreren Gruppen, je nachdem sie zur Benutzung gelangen konnten. Für unsere Bestimmung als Aufenthaltsort chronischer Irrsinniger musste von vornherein die Gemeinsamkeit häuslicher Einrichtungen und ländlicher Beschäftigung den Vorzug vor dem Cottages-System erhalten, wenn die Ueberzeugung in Staat und Publikum festen Boden gewinnen sollte, dass das Neugeschaffene nicht nur lebens- und entwickelungsfähig, sondern auch zweckmässig sei und nach beiden Hauptrichtungen erspriesslich zu werden verspreche. Daher blieb es auch vorläufig Aufgabe, die Unternehmung lediglich auf den Character einer ländlichen Farm mit deren Einfachheit und Zwecken zu beschränken und ebensowohl von der Errichtung zierlicher Villen, als von einer störenden Mannichfaltigkeit der Arbeiten abzusehen.

Wie in früheren Berichten dargethan, wurden schon 1868 und 1869 alsbald nach Besitznahme alle die Umänderungen in beiden Gutscomplexen vorgenommen, welche einer Anzahl von 60—70 auserwählten Pfleglingen nebst deren Wärtern die bei unserer Landbevölkerung gewöhnliche Unterkunft ohne weitere Ausschmückung bereiten sollten.

Erste Gruppe. Dazu bot das grössere Gut hinlänglichen Raum, so dass durch einfache Entfernung von Zwischenwänden und Herstellung von Heizeinrichtungen im Haupt- und Nebengebäude 2 grössere und 2 kleinere Wohnstuben

nebst 8 Schlafkammern zu 4 bis 8 Betten gewonnen und in ihnen zunächst 45 Verpflegte mit 3 Wärtern, nach den vorliegenden Erfahrungen über sie, untergebracht werden konnten.

Ueberdies blieb für den Oekonomie-Inspector eine angemessene Räumlichkeit reservirt, um von hier aus zugleich die in diesem Gute angesammelten Wirthschaftsvorräthe nebst Ställen und anderem Bedarf beaufsichtigen zu können.

Endlich war noch ein kleines heizbares Krankenstübchen zur Aufnahme plötzlicher Erkrankungsfälle bereit zu stellen.

In Folge veränderter Wirthschaftsführung machte sich für die nächstfolgenden Jahre ein gründlicher Umbau des Hauptgebäudes in diesem Gute nöthig, bei welchem zugleich alle die Forderungen Erfüllung finden konnten, welche behufs grösserer Salubrität und gemeinschaftlicher Behaglichkeit durch Erhöhung der Stockwerke, zweckmässigere Eintheilung und Verwerthung des grossen Raums, gute Ventilation, sowie durch Anlegung steinerner Treppen und Erhöhung der Fenster zu stellen gewesen waren. Dabei konnte auch für den Oekonomie-Inspector eine zusagendere Wohnlichkeit gewonnen werden, sodass jetzt in diesem Gebäude, das im September 71 bezogen werden konnte, ausser dem genannten Beamten 22 Verpflegte und 2 Wärter sehr freundlich wohnen und schlafen. Im Erdgeschoss, das nach dem Hofe zu einen durch eiserne Säulen gestützten Vorplatz vor dem Kuhstalle aufweist, weil das in der Tiefe erweiterte Stockwerk um ebensoviel vor dem unteren vorspringt, finden sich ausser einem sehr geräumigen Zimmer, wo die Arbeiter sich sammeln und auf Zeit aufhalten können, auch eine grössere Zahl derselben ihre Mahlzeit einnimmt, die grosse Wirthschaftsküche, Mägdekammer zum täglichen Aufenthalte und anstossend der säulengetragene Kuhstall für 22 Stück. Diesem gradüber enthält das Stallgebäude Holzremisen und Futterböden, Pferde- und Ochsenstall (zu je 2 Paaren) sowie eine Arbeiterstube für 8 Personen mit Aussicht auf den Blumen- und Gemüsegarten. Ueber derselben befinden sich 2 grössere Kammern mit Schlafstellen für die Knechte und einen Wärter, sowie für 8 Pfleglinge. Am Stallgebäude ist die Signalglocke angebracht, welche auch für die in grösserer Ferne Arbeitenden hörbar bleibt.

In dem Eingangsthorgebäude schlafen die Mägde, die bisher für die regelrechtere Beschickung des Melkviehes und der Mastschweine unentbehrlich gefunden worden sind, wiewohl das Reinigen der Ställe, Tränken des Viehes und ähnliche Verrichtungen einzelnen Kranken übertragen ist, die dies zur vollen Zufriedenheit besorgen, weil es hier weniger auf Innehaltung eines wirthschaftlichun Maasses ankommt.

Zweite Gruppe. Ehe es zu dem eben geschilderten Ausbau im grösseren Gute kam, wurde es nöthig, dem kleineren Gute, mit dem überhaupt der Ankauf begonnen und der Colonisationsversuch zuerst gemacht worden war, die zum Theil baufälligen und zweckwidrigen Wohngebäude entweder von Grund aus mit vollständigem Abbruch der alten, oder beziehendlich unter Veränderungen, die einem Neubau nahe kommen, ihrem Zweck in würdigerer Weise entsprechend herzurichten. In Anlage und Stellung konnte keine Aenderung vorgenommen werden, da dieses Gut von zwei Seiten durch Dorfstrassen begrenzt und auf der dritten durch das anstossende Bauerngut an sonst wohl wünschenswerther Ausdehnung gehindert war. In diesem, nur untergeordneten wirthschaftlichen Bedürfnissen dienenden Gutscomplexe stehen zwei Wohnhäuser einander so gegenüber, dass sie einen geräumigen, von der Strasse durch Mauer und Einfahrtsthor abgesperrten Hof zwischen sich lassen, wie es bei uns landesüblich ist: nur dass von hier, wie auch auf dem grösseren Gute, die gewöhnlichen Düngerstätten nach der Hinterfront verwiesen worden sind.

Das Hauptgebäude enthält im Parterre und Stockwerk je eine geräumige Wohnstube, sowie in jenem einen grösseren heizbaren Schlafraum (früher Kuhstall) zu 7 bis 8, im Oberstock 4 ventilirte Kammern zu je 3 Betten. Ausserdem befindet sich hier ein für die Nacht bestimmtes Portativsecret nebst Waschraum, oben ein weiter Bodenraum für einige landwirthschaftliche Naturalien, Garderobe und Utensilien, im Erdgeschoss Küche und Behälter für Heiz- und Leuchtstoffe. Auch hier, wie im Nebengebäude, ist harte Dachung mit Blitzableitung und steinernem Treppenaufgang hergestellt.

Diese Behausung hat seit Mitte Juni 1870 15 Pfleglinge und einen Wärter aufgenommen.

In gegenüber liegendem; bereits October 1869 bezogenem Gebäude sind 12 Verpflegte und 1 Wärter untergebracht, ingleichen wohnt der jetzige Schirrmeister mit seiner Familie zwar in zwei besonderen Zimmern, aber mitten unter jenen.

Das Erdgeschoss enthält ausser Appartement und Eingang zum Keller ein durch verschliessbare Jalousie gegen Störung von aussen und innen geschütztes heizbares Zimmerchen zur Isolirung kurzer und unschädlicher Erregungszustände mit Vociferation, nächtlicher Unruhe und dergleichen.

Eine solche einfache Seclusion auf wenige Nächte hat sich bisher vollständig ausreichend erwiesen, muss aber auch als unentbehrlich erklärt werden, um jeweiligen Zwischenfällen dieser Art begegnen zu können, ohne jedesmal die Zurücknahme des Kranken verhängen zu müssen. Andere Verwahrungen, wie Fenstergitter oder besondere Verschlüsse (mit Ausnahme der Feuerungen) giebt es nicht. Ebensowenig sind Kamisole und dergleichen in Gebrauch.

In dem, wegen des anstossenden Gutsnachbars nur indirect erhellten Corridore befinden sich ferner 2 Wohnzimmerchen für je 3—4 Bewohner, ingleichen eine nur vom Hofe aus zugängliche Schirrkammer. Der Oberstock enthält ausser der Voigtwohnung im Corridore ein Wohnzimmer und einen grösseren Schlafraum, welcher nach der Strasse zu durch eine Jalousie vor dem Eindringen von Staub u. s. w. geschützt ist. An der Treppe ist ein Doppelsecret getrennt angebracht.

Auch hier fehlt nicht ein über das ganze Haus hinweg reichender Oberboden, welcher zugleich die Ventilationsschlotten aufnimmt.

Zwischen den genannten Baulichkeiten bildet die Scheune nebst kleiner Stallung und dem unter Dachung gelegten ländlichen Appartement nebst Pissoir die hintere Front des Viereckes, wie bei den meisten kleineren Wirthschaften hiesigen Landes gebräuchlich ist.

In diesen Gutscomplex werden die nach den gemachten Erfahrungen weniger zuverlässigen und in Ansehung der Beobachtung äusseren Anstandes einer gewissen Ueberwachung und steten Nachhülfe bedürftigen Colonen dirigirt, wie auch in

diesem von Abend an verschlossenen Gute die kurze Isolirhaft am besten zu placiren war.

Dritte Gruppe. Bereits Ende September des verflossenen Jahres gelangte auch die dritte Abtheilung zur Ausführung. Sie nimmt die höchste Stelle des hinter dem grösseren Gute gelegenen Obstgartens ein und ist mit der Vorderfront nach Westen gekehrt. An dieses 60° (34 Meter) lange und mit Ausnahme des tieferen Mittelbaues etwa $7\frac{1}{2}$ Meter tiefe Gebäude schliessen sich zu beiden Seiten die Aborte an und sind ebenso nach allen Seiten durch Jalousiefenster zu ventiliren, wie für sich und nach dem Gebäude zu durch Doppelthüren gesperrt. Dieser Einrichtung verdankt man die bisher nie beeinträchtigte Erhaltung völlig reiner Luft.

Im Erdgeschoss befinden sich beiderseits die Eingänge zu dem in der Mitte durch Küche, Aufwaschraum und Treppenaufgang unterbrochenen Corridore, auf welchen der Reihe nach je ein Schlafzimmer und ein grösseres Wohnzimmer sich öffnen, die demnach zwar nebeneinander, aber ohne directe Communication so angelegt sind, dass nur durch die Küche einer- und den Waschraum andererseits die Verbindung vermittelt wird. Der nach der Hinterfront vorspringende Mittelbau nimmt einen 11 Meter langen und etwa 5 Meter tiefen Raum ein und wird ebenso, wie die beiden Corridorabtheilungen durch in's Freie führende und mit Jalousien verschliessbare Fenster erhellt. Im Oberstock befinden sich an den Giebelenden zwei grössere Schlafräume, gleich den zwei kleineren und den im Unterstock gelegenen heizbar, und letzteren gegenüber zwei geräumige Garderoben. Der flache Oberboden nimmt nur Utensilien und Heizmaterial auf.

Diese dritte Gruppe beherbergt in ihren angenehmen und bequemen Localitäten 27 Verpflegte nebst dem Oberwärter und einem Wärter.

Zur Vervollständigung der Anlage gehört noch die Ausführung eines gedeckten Kegelschubes und des projectirten Gartenvorplatzes, welche erst nach Vollendung der später zu erwähnenden ökonomischen Verbesserungen auf diesem Platze in Angriff genommen werden können.

Kostenanschlag für räumliche Unterbringung

eines Colonen. Bis zu diesem Tage sind demnach 84 Verpflegte, darunter 4 Personen II. Klasse, sehr bequem in 5 verschiedenen Gebäuden untergebracht, deren Grundflächenraum einschliesslich des wegen Mitbenutzung hinzuzurechnenden Antheils an den Wirthschaftsräumen, Wegen und Höfen auf etwa 150 □R. für 84 Verpflegte, 6 Wärter und 1 Oberwärter festzustellen ist. Da nun die Kaufsumme für circa 66 Acker Gesammt-Areal 38,000 Thlr. betragen hat, so würde der Werth der für die wohnliche Unterkunft der Colonen erforderlichen Grundfläche nahezu auf 290 Thlr. anzunehmen sein, wogegen die Kosten des Umbaues antheilig eine Höhe von 6000 Thlr. erreichen. Werden hierzu die Beträge für einfache Ausstattung und Ausrüstung der Wohn- und Schlafräume auf circa 3000 Thlr. geschätzt werden müssen, so kann mit ziemlicher Gewissheit die wohnliche Unterbringung des einzelnen Colonen, unter antheiliger Anrechnung des Wart- und Aufsichtspersonals, mit 120—130 Thlr. beziffert werden.

Vergleich zwischen geschlossener Anstalt und Meiereisystem. Ein naheliegender Vergleich konnte in dieser Beziehung nur mit einem Theile der hiesigen Anstalt gezogen werden, welcher, neu erbaut und seit 1866 bezogen, allerdings durch einzelne Ausführungen, wie Herstellung der Wasserheizung für das untere Stock, Errichtung einer durch alle Stockwerke führenden Auffahrt, eines besonderen Treppenhauses mit Unterhaltungssalon u. dergl., die sämmtlich der Meierei abgehen, eine verhältnissmässige Vertheuerung erfahren hat. In diesem Gebäude wird inclusive Einrichtung und vollständigster Ausstattung der Kopf, unter gleicher Berechnung der Grundfläche und Veranschlagung des nothwendigen Warte- und Aufsichtspersonals, mit 350—400 Thlr. zu belasten sein, was gegenüber den Kosten in den neuesten splendiden Anstalten immer noch auf Billigkeit Anspruch machen darf.

Demnach wird sich unter ähnlichen Verhältnissen mit höchster Wahrscheinlichkeit der Aufwand für Unterbringung eines Colonen um mindestens zwei Dritttheile billiger berechnen, wobei noch hervorzuheben ist, dass die höheren Verpflegklassen bei einer freien Verpflegung trotz des unentbehrlichen

Comforts einen bis jetzt nach unseren Sätzen nicht erreichbaren Ueberschuss ergeben werden.

Bemerkt sei noch zur richtigen Beurtheilung der hier gemachten sachlichen Angaben, dass fast alles Baumaterial in nächster Nähe beschafft werden konnte und nur die hohe Lage des Baugrundes, sowie der Abbruch alter Gebäude eine besondere Erschwerung der Veranschlagung bedingte.

Liegendes Grundeigenthum der Meierei. Zu den anfänglich vorhandenen circa 66 Ackern sächs. (à 300 □R.) welche in 14 einzelnen Parzellen — mit Ausnahme eines walzenden Grundstückes von 4 Acker 67 □R. in der nächstbefindlichen Ortschaftsflur — radienförmig das Dorf Zschadras umgeben und 55¼ Acker unter dem Pfluge befindlichen Landes, sowie 9½ Acker Wiesen und Gärten bestanden, kamen in der neueren Zeit über 6 Acker Land durch Ankauf hinzu, wogegen 2 Acker bedenklich an einen hochgelegenen und jähabschüssigen Steinbruch grenzendes Meiereigebiet veräussert wurden, sodass nunmehr das Gesammt-Areal

aus	69	Ackern	187	□R.	und zwar
-	61	-	8	-	Ackerland
-	7	-	153	-	Wiesen und Gärten
und	1	-	26	-	Gebäude, Höfe und Wege
	ut sp.				

besteht, welches nach dreijährigem Durchschnitt ein Nettoerträgniss von 46 Thlr. per Acker geliefert hat und, ohne Rücksicht auf die neuerrichteten Baulichkeiten sammt deren lebendem und todtem Inventare, einen Zeitwerth von 36,582 Thlr. 16 Sgr. 3 Pf. repräsentirt, mit denselben hingegen auf circa 53,270 Thlr. geschätzt wird.

Lage der Fluren. Die Entfernung der Flurparzellen von einander erschwert allerdings die Uebersichtlichkeit der verschiedenen Arbeitergruppen etwas und wird mit der Zeit zu einer besseren Arrondirung nöthigen; dennoch hat dieser Umstand auch wieder seine Lichtseite und ermöglicht die Zerstreuung der Verpflegten auf eine bedeutend grössere Fläche, als uns selbst zu Gebote steht.

Dass keine günstige Gelegenheit, wo eine bessere Zusammenlegung und Ausdehnung unseres Areals, das bis heute

genau 27,93 pCt. der etwa 347 Acker sächs. umfassenden Flur Zschadras einnimmt, unbenutzt vorüber gelassen wird, bedarf wohl keiner Auseinandersetzung, da es schon jetzt sehr schwer fällt, über 80 Personen auch in der besseren Jahreszeit andauernd im Freien zu beschäftigen.

Die Senkung des Hochplateaus, auf welchem die meisten Felder sich ausbreiten, ist nach der Lage der einzelnen Parzellen eine sehr verschiedene, theils nach Südwest, theils nach Osten, und ihre Gestaltung von wellenförmiger, jedoch der Bestellung nicht gerade ungünstiger Oberfläche. Daher trat auch die Nothwendigkeit an uns heran, einzelne tiefer gesenkte Ausläufer emporzuheben und zu drainiren. Aus demselben Grunde erfordert die Unterhaltung der nach mehreren Richtungen führenden Communicationswege verhältnissmässig grössere Opfer und Anstrengung, die durch den mehrfach betriebenen Abbau der Braunkohlenlager in neuerer Zeit natürlich gesteigert worden sind.

Belegung. Wie bereits früher angeführt worden, so fasste man für die agricole Niederlassung zunächst solche Irre in's Auge, welche entweder in der Genesung begriffen und bezüglich ihrer Befähigung für den Wiedereintritt in das öffentliche Leben zu prüfen und zu stärken, oder welche — bei der vorzugsweisen Bestimmung unserer Anstalt für Unheilbare — nach längerer Beobachtung in der Hauptanstalt mit ihrem Geschicke mehr auszusöhnen und in nützlicher Befriedigung ihrer Arbeitswillfährigkeit vor weiterer Entartung und zeitigem Verfalle zu bewahren sein möchten.

Allen sollte zugleich ein gesünderer und frischerer, auch, soweit verträglich mit dem Zweck der Irrenversorgung und den durch dieselbe gebotenen Rücksichten auf das allgemeine Wohl, möglichst von den strengen Formen der Anstaltsverpflegung befreiter Aufenthalt geschaffen werden, der nur wenig von den natürlichen Gewohnheiten einfacher Landbewohner abweichen durfte.

Dass zu diesem Ende in erster Reihe auf dem Lande erzogene, mit den hier gepflogenen Arbeiten mindestens theilweis vertraute oder überhaupt leistungsfähige Pfleglinge, endlich auch diejenigen ausgewählt und bevorzugt wurden, welche

bei Garten- und gewöhnlichen Hausarbeiten sich bewährt, überdies Neigung zur Uebersiedelung an den Tag gelegt hatten, versteht sich von selbst. Freilich mussten zur Bestellung des weitläufigen und beschwerlichen Anstaltsgebietes, das in Pflanz- und Ziergärten, Anlagen und Wegen ein ausgedehntes, wellenförmiges und ansteigendes Areal von circa 15—18 Ackern umfasst, eine Anzahl rüstiger Personen — gegen 80 Köpfe — zurückgestellt werden, die indess grossentheils aus der Masse der 15,36 pCt. des Gesammtbestandes ausmachenden Epileptiker oder dem zur Colonisation ungeeigneten Personal zu entnehmen waren.

Denn, ungeachtet die mit Fallsucht behafteten Geisteskranken nicht selten Jahre lang das tüchtigste Arbeitercontingent liefern, so musste man doch billiger Weise Anstand nehmen, Kranke dieser Art der Colonie einzuverleiben, welche, abgesehen von ihrer Unverträglichkeit und jähen Ausbrüchen von Tobsucht, durch die Unmittelbarkeit ihrer Krämpfe und die damit verknüpften Folgezustände das Wohlbefinden und die Ruhe krampffreier und an solchen Anblick nicht gewöhnter Irrer in schwerster Weise in Frage gestellt haben würden.

Hierüber dürfte wohl von Seiten solcher Fachgenossen, denen jährlich Epileptiker überwiesen werden, kein Widerspruch zu erwarten sein: die kürzlich aufgetauchte entgegengesetzte Meinung ist sich gewiss der Schwierigkeiten und grossen Belästigung, welche derartige Kranke in freier Verpflegung verursachen, kaum im vollen Umfange bewusst gewesen.

Um aber diesen Kranken ein ausreichendes Arbeitsgebiet im Freien anweisen und sie weiter vertheilen zu können, behielt man von den Meiereifeldern, welche unmittelbar an den hochgelegenen und über 4 Acker sächs. umfassenden Anstalts-, Gemüse- und Obstgarten angrenzen, 2 Acker zurück, deren Bestellung mit Wurzel- und Blattpflanzen (besonders Tabak) ihnen obliegt und die Füglichkeit bietet, sie 7 bis 8 Monate im Jahre ausserhalb der Anstaltsmauern unter entsprechender Aufsicht zubringen lassen zu können, ohne der sofort bereiten Hülfe bei plötzlichen Krampf- und anderen Zufällen, welche die nahe Gärtnerwohnung bietet, entbehren zu müssen.

Diese Einrichtung hat die genannten Kranken bisher in hohem Grade befriedigt und auch sonst, wie weiter unten bemerkt werden soll, gute Resultate ergeben.

In dieser Weise wurden auf den reservirten Meiereifeldern 12 Epileptische und 9 andere, sonst unzuverlässige Kranke in den Monaten April bis October 1870 beim Taback-, Möhren- und Krautbau 376 Tage beschäftigt, während i. J. 1871 bei einer Arbeiterzahl von 16 bis 21 Köpfen schon 1960 Tage auf demselben Areal unter gleicher Beschäftigung verbracht worden sind, was einen Arbeitswerth von 76 Thlr. repräsentirt.

Nächstdem bleiben alle intensiveren Exaltations- und Depressionszustände von der Colonie, die keinen Raum für sie hat und nicht diejenige ärztliche und pflegliche Sorgfalt bieten kann, ohne welche der gefahrlose Verlauf nie zu verbürgen ist, ausgeschlossen. Ebenso wenig räthlich hat sich die freie Verpflegung für die Blödsinnsfälle mit prädominirenden melancholischen Neigungen oder schnell auf einander folgenden manischen Perioden erwiesen. Auch die unter dem Bilde der folie circulaire in den verschiedensten Abschwächungen auftretenden Irrsinnsformen kann man nicht für geeignet halten. Was die generelle Parese mit längeren Remissionen angeht, so muss in der Sicherheit, Exactheit, Freiheit und Regelmässigkeit des Anstaltsorganismus ein besseres Correctiv gegen das Ausschweifen dieser Kranken in's Ungemessene und den aufreibenden Wetteifer mit den kräftigeren Genossen, denen sie imponiren wollen, gefunden werden, als ihnen die lockende und leicht missbrauchte Ungebundenheit der colonialen Verpflegung gewähren kann.

Die Erfahrung an zwei dieser Kranken, die wegen ihres anscheinend gebesserten Zustandes zu einer versuchsweisen Uebersiedlung in die Meierei sich zu empfehlen schienen, aber durch die alsbaldige Verschlimmerung ihres intracerebralen Leidens zur Zurücknahme in die Anstalt nöthigten, hat für uns die Frage zum Nachtheil der freien Verpflegung bei der genannten ominösen Form für immer entschieden. Die Maassregel der Rücknahme war von so auffällig wohlthätigen Folgen für die betreffenden Paretiker, dass sie sich in der Rückkehr zu geordneterer und selbst überlegter Thätigkeit, wie in dem Er-

nährungszustande (durch Wägung) controliren liess. Dagegen konnte ein mit ausgesprochenem Höhenwahn und deutlicher Sprachlähmung hier eingetretener Kranker nach mehrjähriger Constatirung des vollendeten Abschlusses dieser Krankheitsform ohne Nachtheil der freien Verpflegung eingereiht werden.

Im Uebrigen musste bei der Auswahl die Rücksicht walten, dass im Anfange nur solche Irre zur Colonisirung bestimmt wurden, die nach längerer Beobachtung in der Anstalt und genauerer Bekanntschaft mit allen ihren Eigenheiten keinen Widerwillen gegen diese Versetzung äusserten und als gut disciplinirter Stamm für künftige Ansiedler dienen konnten.

Allgemeine Uebersicht. In der früher beschriebenen Weise stieg die Zahl der Pfleglinge mit Ende 1868 auf 64, konnte dagegen bis Ende 1869 wegen des störenden Um- und Neubaues der Wohnhäuser nur auf 65 gebracht werden, erhob sich bis Ende 1870 auf 71 und schloss Ende 1871 mit einem Bestand von 84 Verpflegten aller Stände und Altersepochen.

Seit Eröffnung der Meierei (mit 2 Personen) am 15. April 1868 bis zum Schlusse des Jahres 1871 sind hier überhaupt 139 Pfleglinge aufgenommen worden und zwar

1868	72	1) davon starben	3 = 2,15 pCt.	(im Jahre 68: 1. 69: 1. 71: 1.)
1869	26	2) zurück wegen		
1870	14	bleibender Erkrankung	7 = 5,03 pCt.	(davon starben 5; 1 an Bronch. marast., 1 an Tuberc., 1 an Carcin, 2 trugen schwere Verletzungen davon).
1871	27			
		3) beurlaubt	18 = 12,94 pCt.	(1 entlassen).
		4) zurück wegen Entartung	11 = 7,90 pCt.	(1 Paret., 3 Ebrios., die anderen wegen vielfacher Störungen).
		5) wegen Entweichung zurück:	12 = 8,63 pCt.	(davon 3 nachträglich bleibend beurlaubt).
		6) wegen Manie u. psych. Aufregung zur.:	4 = 2,87 pCt.	
	139		55 = 39,52 pCt.	

so dass 84 = 60,48 pCt. als Bestand verbleiben.

Von den im Jahre 1868 Aufgenommenen sind noch jetzt 37 = 51,39 pCt. in der freien Verpflegung. Schon im ersten Jahre waren 4 = 5,55 pCt. (1 gestorb., 1 entwich., 2 als ungeeignet) in Abgang zu bringen, 4 nur auf Zeit (erkrankt) zurückzunehmen. Im J. 69 von 26 Zugewachsenen 13 = 50 pCt.; davon 5 beurl., 3 wegen schwerer Erkrankung, 2 wegen Entweichung, 3 wegen manischer Verschlimmerung und unpassenden Verhaltens; im J. 70 von 14 Pers. nur 2 = 14,28 pCt. (beide geheilt entlassen), endlich 71 von 27 zur Colonie Uebergegangenen 5 = 18,51 pCt. abzuschreiben und zwar wiederum 3 = 11,11 pCt. als genesen, demnach nur 7,40 pCt. als ungeeignet zurückzuweisen.

Von der Gesammtzahl der Entlassungen aus der Meierei (mit Einrechnung von 3 Entwichenen, die nachträglich beurlaubt werden konnten) an 21 Personen = 15,10 pCt. der Summe der Colonisten, kehrten 5 = 23,81 pCt. nach kürzerer oder längerer Abwesenheit zurück, bei 16 = 76,19 pCt. der Beurlaubungen dauerte die Genesung bis heute an. Ein Zurückgekehrter konnte nach kurzer Beobachtungsfrist wieder in die freie Verpflegung übertreten und bewährt sich hier, wie früher, ganz gut, so wenig er dies in den äusseren Verhältnissen darzuthun vermocht hatte. Ueber die genannte Zahl hinaus sind noch 3 Verpflegte in dem Gärtnerhause (zwar noch innerhalb der Umfassungsmauern, aber auf dem der Anstalt gegenüberstehenden Höhenzuge 10 Minuten entfernt gelegen) seit Jahren untergebracht und geniessen daselbst alle Vortheile familiarer Versorgung ohne die Schattenseiten derselben.

Innere und äussere Einrichtung der Colonie. Die äussere Beschaffenheit der neu errichteten Baulichkeiten hatte zunächst die Rücksichten zu erfüllen, welche die baupolizeilichen Vorschriften einer solchen auferlegen. Ausser der durchgängig angewendeten Schieferdachung mit Blitzableitung traten überall steinerne Treppen an Stelle der hölzernen und statt der kleinen, unansehnlichen und wenig zahlreichen Fenster entsprechend grosse Lichtöffnungen bei gleichzeitiger Erhöhung der Stuben, welche ausserdem mit Luftkanälen, unter oder über das Dach führenden und hier mit Blechstürzen versehenen Abzugsschlotten, sowie in die Thürfelder eingesetz-

ten beweglichen Jalousien (nach Einum's Vorbild) versehen wurden. Die Beheizung geschieht von den Stuben aus mittelst Kachelöfen, nur in einzelnen Schlafräumen sind eiserne Oefen aufgestellt und die Strahlung durch Schirme abgeschwächt. Die Feuerung ist überall verschliessbar gemacht. Die Beleuchtung erfolgt durch Wandlampen mit Reverberen oder Hängelampen, die der Höfe durch grosse Laternen: überall wird zu deren Speisung Petroleum verwendet.

Da nur in dem kleinen Gebäude der zweiten Gruppe Secrete mit Senkgrube beibehalten waren, wogegen in dem grösseren hierselbst, wie in der ersten Gruppe Portative mit Wasserverschluss für den Nachtgebrauch den Vorzug erhielten und für die Tagesbenutzung Aborte mit Pissoirs nach ländlichem Style ausserhalb der Wohngebäude ausreichend schienen, ferner die bei der dritten Gruppe an der Giebelseite angebrachten Flügel mit mehrfachem Abschluss jeder Luftverderbniss durch Emanationen dieser Art vorbeugen, so hat man von kostspieligeren Ventilationsvorrichtungen Abstand genommen. Dagegen wird das längst gefühlte Bedürfniss nach fliessendem Wasser in den einzelnen Stockwerken die jetzt noch bestehenden Schwierigkeiten und Einwendungen zu überwinden haben, damit auch kleine Unannehmlichkeiten in der Wasserversorgung beseitigt werden.

Denn obwohl die auf den Wirthschaftshöfen befindlichen 4 Brunnen bei mittlerem Wasserstande den gewöhnlichen Bedürfnissen genügen, so ist es doch einleuchtend, dass bei der gegen früher viel stärkeren Zahl von Menschen und Thieren auf unseren Besitzungen das zufällige Versagen eines Brunnens oder länger dauernde Trockenheit grosse Uebelstände mit sich führen wird, denen man bisher nur unvollkommen durch Anlegung des Sammel- und Cysternensystems mit Göpelwerk etwa 600 Meter vom grösseren Gute entfernt abzuhelfen versucht hat. Bei Hinzutritt ausserordentlicher Anforderungen an die Wasserwerke, wie z. B. durch die fortgesetzten Baulichkeiten war man genöthigt, aus Teichen und entlegenen Bächen Wasser heranzufahren. Die unter dem Dorfe hinstreichenden Braunkohlenflötze machen die Erbohrungen von neuen Brunnen zu einem ebenso kostspieligen als unsicheren

Unternehmen: es wird daher nichts übrig bleiben, als Tagewasser von fern herzuleiten und bez. einer Läuterung zu unterziehen, wobei auch die Hebung des Wassers auf die verschiedenen Stockwerke in Betrachtung zu ziehen sein wird.

Aeussere Angelegenheiten. Die Meierei wird in allen die Gemeinde, zu deren Verbande sie als Realität gehört, betreffenden Angelegenheiten zunächst durch den Oekonomie-Inspector vertreten, der in wichtigeren Punkten die Zustimmung der Direction vorzubehalten hat. So unterhalten wir zu gleichzeitigem Nutzen und Frommen der Dorfgemeinde mit derselben einen besonderen Feuerlöschverband, wozu die Meierei eine eigene fahrbare und von ihren Mannschaften bediente Spritze angeschafft hat. Dass ausser den sämmtlichen Baulichkeiten auch Mobiliar- und Naturalvorräthe inner- und ausserhalb einer vorsorglichen Versicherung gegen Naturereignisse unterzogen werden, bedarf kaum der Anführung.

Verhältniss zur Gemeinde. Die Bewohner fiscalischer Meiereigrundstücke gehören als solche zur Anstaltsparochie und können daher nicht zu den Lasten der Ortsparochie, welchen die Grundstücke selbst unterliegen, herangezogen werden. Eine den beiderseitigen Ansprüchen gerecht werdende Ablösung der letzteren hat sich bisher nicht erreichen lassen. Eine Schulgemeinde bildet die Anstalt nicht für sich, trägt daher auch für die Meierei alle dahin gehörenden Abgaben. Dagegen ist eine Ablösung der Bodenrenten bereits erfolgt. Antheilig haben die der Meierei gehörigen Güter auch für alle örtlichen Oblasten aufzukommen und participiren verhältnissmässig ebenso an dem Vermögen der Commune Zschadras, was sich freilich auf einige Pachtzinsen, das Recht des Wasserholens aus einigen kleinen Teichen und die Erträgnisse eines Sand- und Steinbruchs beschränkt.

Direction und ärztliche Beaufsichtigung. Bei baulichen Veränderungen und Neuausführungen aller Art, auch wenn sie lediglich die Wirthschaft angehen, ist der Direction der Anstalt die Mitwirkung gesichert: die Tagesordnung der Kranken und ihrer Wärter wird lediglich durch sie geregelt, während das landwirthschaftliche Personal, obwohl rücksichtlich des Verhaltens gegen die Kranken in angemessener Weise

belehrt und verpflichtet, zunächst dem Oekonomie-Inspector unterstellt und zur Verfügung ist. Die Direction vermittelt auch die Beziehungen der Oekonomie zur Anstalt, soweit sie nicht durch besondere Anordnungen der hohen Behörde bereits festgestellt sind oder im Einzelfalle einer Interpretation bedürfen.

Allwöchentlich ein Mal findet, wenn nicht besondere Gründe die öftere Anwesenheit erheischen, eine Revision durch den Director statt, wobei jeder der Colonen seine Wünsche anbringen kann. Besuche aus rein ärztlichem Interesse werden unvermuthet und nach Bedarf abgestattet, auch von Zeit zu Zeit der allgemeine Gesundheitszustand einer näheren Erörterung unterzogen. Die Periode der Feldarbeiten veranlasst eine häufigere prüfende und zur Ermunterung dienende Anwesenheit ärztlicher Beamten auch ohne unmittelbare Nöthigung.

Speisung, Wäscheversorgung und Bekleidung. Da die Anlegung einer besonderen Speiseküche bei der Nähe der Hauptanstalt ausser Frage blieb, so erwuchs dieser die Verpflichtung, die fertigen Speisen in angemessener Weise der Colonie zuzuführen, ohne dass deren Schmackhaftigkeit und Temperaturgrad eine wesentliche Herabsetzung erführe: die Verwahrung in luftdicht verschlossenen und in Filz, später in Häcksel eingesenkten Eisentöpfen, welche in einem dazu passend hergerichteten Kasten entweder durch Verpflegte oder bei üblem Wetter durch Pferdekraft transportirt werden, hat diesen Bedingungen so vollständig entsprochen, dass die in der Centralküche etwa 66°R. haltenden Speisen selbst an den kältesten Tagen nur um 2—4°R. niedrigere Temperatur bei ihrer Ankunft in Zschadras zeigten. Auch im Uebrigen befriedigte diese Auskunft allgemein. In gleicher Weise und mit möglichstem Austausch zur Rückfracht werden die Speiseabfälle aller Art aus der Anstalt nach, sowie Milch und andere nicht zu umfängliche Producte von der Colonie in die Anstalt befördert, ferner der Wäschewechsel, Inventarbedürfnisse u. s. w. mit diesem regelmässigen Vehikel an Ort und Stelle geschafft.

Die Bekleidung ist nach den Jahreszeiten verschieden und besteht, ohne auffallend zu sein, im Winter aus Tüffel-

jaquets, zur Sommerzeit aus Blousen mit breitgeränderten Kopfbedeckungen (Stroh- oder Filzhüte).

Bäder und Kirchenbesuch. Der Gebrauch der Bäder in der Anstalt ist mit Rücksicht auf die Colonisten so eingerichtet, dass der vierte Theil derselben regelmässig an jedem Sonnabend vor Anlegung frischer Wäsche an ersteren theilnimmt, daher eine Störung des unumgänglichen Oekonomiebetriebs zu keiner Zeit durch sie verursacht wird.

Der Kirchenbesuch findet ganz nach freier Entschliessung allsonntäglich statt und dient, wie es bei den Bewohnern der in die Stadt eingepfarrten Dörfer annähernd auch der Fall, zu einer gleichzeitigen Erholung von der Tagesarbeit, zumal der gut erhaltene Weg durch eine im Sommer schattige und höchst angenehme Waldparthie hindurchführt.

Theilnahme an Ergötzlichkeiten. Wie die Betheiligung an den sonntäglichen, nur von einem Wärter begleiteten Spaziergängen, so ist auch — schon der im Winter namentlich abschreckenden Entfernung wegen — die Theilnahme an den Vergnügungen in der Anstalt ganz in das freie Belieben der Colonisten gestellt; für sie besonders wird ausserdem noch ein Erntefest mit Musik und Tanz abgehalten und ihre Weihnachtsbescheerung mit reichlicheren Gaben nach den vorher eingeholten Wünschen bedacht.

Den früher erlaubten weiteren Ausflügen der Meiereibewohner hat jedoch ein Ziel gesetzt werden müssen, da diese Versuchung der Mehrzahl zu stark und auch wiederholtem Missbrauch vom Landvolk nicht anders zu begegnen war.

Einzelne geniessen jedoch auch hierin ein wohlverdientes Vorrecht. Ebenso ist der Zudringlichkeit fremder Besucher dadurch zu steuern gewesen, dass Sonntags das Thor im kleineren Gute (Gruppe II) geschlossen gehalten wird, da dasselbe, wie oben berichtet, von den weniger zuverlässigen Insassen besetzt ist.

Beschäftigung. Wie Eingangs gedacht, bestand die Absicht, eine reine ferme agricole ohne Vermischung mit anderen Arbeitszweigen in's Leben zu rufen. Unter letzteren verstand man die meisten bürgerlichen Gewerbe, deren Betrieb in einer Irrenbevölkerung überhaupt möglich ist.

Das Schwanken der für solche tauglichen Arbeiter nicht allein, sondern auch die Beschaffung und Ueberwachung des dabei nöthigen Materials (mit allen Schwierigkeiten der Berechnung), die Nothwendigkeit, hierzu separate Arbeitslocale zu unterhalten, die Anstellung besonderer im Zuschneiden und Vertheilen der einzelnen Arbeiten geübter Wärter, waren an sich schon Gründe genug, davon abzuschrecken, um das Unternehmen nicht zu sehr zu compliciren.

Da jedoch voraussichtlich längere oder kürzere Zeitperioden eintreten mussten, wo nur die Minderzahl der Meiereibewohner im Interesse der Oekonomie etc. zu verwenden war, so wählte man als leicht begriffenen Arbeitszweig das Flechten von Strohdecken als Lückenbüsser, das nicht nur gut zu beaufsichtigen, sondern auch unschwer zu verwerthen ist. In neuerer Zeit habe ich noch eine Dütenfabrik hinzugefügt, in welcher bei übler Jahreszeit und Stillstand der Feldarbeiten sehr viele sich höchst nutzbar betheiligen. Die Zahl der Arbeiter in beiden Betriebsorten beläuft sich in den verschiedenen Jahreszeiten auf 15 bis 30 Personen.

Das Experiment, in der eigends dazu errichteten Schirrkammer alle vorkommenden Reparaturen an Schiff und Geschirr der ganzen Wirthschaft besorgen zu lassen, misslang zunächst und hat aus Mangel geeigneter Pfleglinge noch nicht wiederholt werden können.

Wenn und wie es nur angeht, giebt man aber der Arbeit im Freien den Vorzug, welche dann von etlichen 60—70 Mann in der nachstehend beschriebenen Weise ausgeführt wird.

Für den Sommer ist die Arbeitszeit auf 8, für die kürzeren Tage auf 6 Stunden festgesetzt, was keineswegs ausschliesst, dass Einzelne über diese Zeit hinaus sich leichteren Dienstleistungen in Haus und Stall gern unterziehen. Die anfänglich nach Tagen berechnete Arbeit wurde in der späteren Zeit aus überwiegenden Gründen nach Stunden notirt und jede Stunde, irgendwie mit einer wirthschaftlichen Beschäftigung verbracht, mit 2½ Pfennig pro Kopf berechnet, wovon jetzt die Hälfte den Kranken selbst zufällt und theils in regelmässigen Kostverbesserungen und Genüssen leiblicher Art, theils zu erwünschten Anschaffungen verwendet wird.

Eine Vergleichung der Arbeiten nach dem Vorstehenden, auf Tage reducirt, dürfte hier nicht unwillkommen sein:

	v. April an:	1868.	1869.	1870.	1871.
1.	Arbeiten im Kuhstall	597 3/4			
2.	Pferdewartung etc.	223 1/4			
3.	Dünger laden, bereiten, Jauchegiessen	251			
4.	Kartoffelauslesen	59			
5.	Futterhauen und Krautblatten	255			
6.	Heu- und Grummeternte	670 2/4	6975	7023 3/7	8054 6/7
7.	Raps- und Getreideernte	804			
8.	Kartoffelernte	305 1/4			
9.	Kraut- und Rübenernte	70 1/2			
10.	Garten- und Spatenarbeit	85 1/4			
11.	Scheunenarbeit	683 1/2			
12.	Pflanzenstecken u Frühjahrsarbeit.	315			
13.	Sonstige Hof- und Feldarbeiten.	335 1/4			
14.	Melioration (neue Düngergrube) ausserhalb des Hofes, circa 3000 ☐Ellen Land transport., 32 R Drainröhren gelegt, 100 ☐R. geebnet.	822 1/2	vacat.	182 4/7	558
15.	Essen-, Wäsche-, und sonst. Transport von und zur Anstalt.	1264	2373	3398 1/7	3586 4/7
16.	Allgemeine Bauarbeiten	vacat.	540	1120 2/7	341 6/7
17.	Strohflechten	vacat.	1347	464	523
18.	Dütenfabrication	vacat.	50 1/2	1044 2/7	2098
19.	Lohnarbeiten bei Bauern	vacat.	265	vacat.	22 5/7
	Summa der Tage:	6741 1/2	11,550 1/2	13,232 5/7	15,185
	Durchschnittsbestand Köpfe:	45	64	60	74
	ergiebt pro Kopf Tage:	149 3/4	180 1/2	220 1/2	205
		vom	April ab.		

Im Jahre 1870 zeigen die Arbeiten für die Oekonomie 3000 Stunden mehr auf; im Jahre 1871 dagegen wuchsen dieselben durch die seit Michaelis verstärkte Belegung um 13,600 Stunden gegen das Vorjahr.

Die nach Obigem bestimmten Lohnsätze sind aus den folgenden, nach Jahrgängen geordneten Angaben zu ersehen, wobei jedoch die Stubenarbeiten (Dütenfabrikation und Strohflechterei) als Dependenzen der Anstalt und von dieser zu lohnen, ausser Berechnung geblieben sind:

1868.	1869.	1870.	1871.
v. April an: 365 Thlr. 5 Sgr. — Pf. zu 45 Personen à 8 Thlr 3 Sgr. 4 Pf.	455. 16. 6 z. 64 Pers. à 7. 3. 5.	474. 15. 5. z. 60 Pers à 7 27. 2.	556. 4. —. z. 74 Pers. à 7. 28. 6.
Durchschnittl.	Durchschn.	Durchschn.	Durchschn.

Hiervon wurde im 1. Jahre der vierte Theil = 91 Thlr. 8 Sgr. im 2. bis 4. Jahre die Hälfte, also

1869 = 227 Thlr. 3 Sgr. 3 Pf.
1870 = 237 - 7 - 8 -
1871 = 278 - 3 - — -

für die Kranken verwendet und das Uebrige fiel bestimmungsgemäss den Erträgnissen zu. Der etwas höhere Satz im ersten Jahre kommt daher, dass hier noch die Berechnung der Arbeitsleistungen nach $^1/_4$, $^1/_2$ und ganzen Tagen erfolgte und als eine sehr willkürliche und unsichere sich erwiesen hat.

Darnach stellt sich im Allgemeinen unter Berücksichtigung der niederen Löhne heraus, dass im Durchschnitt 6 Verpflegte = 1 gesunden Arbeiter zu rechnen wären, in Wirklichkeit aber, in Hinsicht der Beschränkung der Arbeitszeit aus Gründen der Schonung und wegen der Unmöglichkeit steter Anregung für lasse und indolente Kranke, bei uns das Verhältniss von 1 gesunden Arbeiter = 4 unserer Kranken sich festgestellt hat. Es ergaben sich aber bei individueller Prüfung der Arbeitsleistungen 18 vorzügliche Arbeiter
27 von mittelmässiger Begabung und Willigkeit und 32 mit geringerer Leistungsfähigkeit, wogegen endlich 7 nur zu den wenigsten Arbeiten Geschick und guten Willen zeigen und nie zu regelmässiger Verwendung gebracht werden.

So sind mit Hinweis auf obige Bemerkungen

18 Personen = 9 vollsinnige Arbeiter
27 - = 7 - -
39 - = 5 - - zu schätzen und

etwa 0,42 der vollen Arbeitskraft in steter Thätigkeit.

Es versteht sich von selbst, dass zu den Erntezeiten den rüstigsten und fleissigsten Arbeitern entsprechende Kostauf-

besserungen (Fleischkost und Bier) zu Theil werden, während der Lohnantheil zu Befriedigung aller Extrabedürfnisse, soweit dies nicht durch eigene Mittel (Berechnungsgeld) ermöglicht wird, eben hinreicht.

Die Arbeiter selbst lassen sich im Durchschnitt in folgende Categorien eintheilen:

	Winter.	Sommer.
Drescher (sind auch gute Feldarbeiter)	12	—
Hofarbeiter	6	10
Bessere Feldarbeiter	12	30
Bei Geschirren thätig	3	4
Stallarbeiter	8	8
Gartenarbeiter	—	2
Zum Transport verwendet	10	10
Wärter- und Hausgehülfen	6	7
Dütenmacher	17	6
Strohflechter	9	6
Oekonomieschreiber	1	1
	84 Mann.	

Von diesen 84 Personen sind 31 = 36,90 pCt. bei der Landwirthschaft erzogen oder haben sie wenigstens mit betrieben; 53 = 63,09 pCt. waren derselben vor dem Eintritt in die Anstalt mehr oder weniger fremd geblieben und haben sich zum grösseren Theile verhältnissmässig schnell eingearbeitet, was bei Einzelnen selbst unser Staunen erregte. Endlich bleibt noch zu erwähnen, dass zu den Frühjahrs-, Ernte- und Herbstbestellungszeiten fast Alle ohne Ausnahme in die Landarbeit thätig eingreifen.

Regieaufwand. Bei der Zerstückelung und geringen Uebersichtlichkeit des Terrains würde ein gewöhnlicher Landmann nebst Frau (ohne erwachsene Kinder) unsere Vieh- und Feldwirthschaft nur unter Beihülfe von 2 bis 3 Knechten und 2 Mägden nahezu mit demselben Nutzen betreiben, zu den verschiedenen Ernten, deren Ausdrusch u. s. w. an Lohnleute circa 400 Thlr. verausgaben und doch selbst bestehen müssen, so dass anzunehmen ist, dass eine Jahresausgabe von etwa 1000 Thlr. für den Besitzer nebst Dienst- und Lohnleuten wohl kaum zu hoch genommen sein wird. Diesem Anschlag gegenüber wird der Verwaltungs- und Bewirthschaftungsetat der

Meierei, wie er nachstehend aufgeführt wird, dem Unkundigen allerdings zu hoch erscheinen. Berücksichtigt man aber, dass der Boden bei dieser Anleitung und Ueberwachung offenbar viel sorgfältiger bearbeitet und aufgeschlossen wird, dass ferner alle Erträgnisse desselben, wie des Melk- und Mastviehes richtiger eingetheilt, bis in's Einzelne wirthschaftlicher verwendet und zusammen gehalten werden, als dies selbst bei tüchtigen Landleuten gewöhnlicher Art der Fall zu sein pflegt, so wird jener Nachtheil als nahezu ausgeglichen anzunehmen sein. Ueberdies wird der eventuelle Mehrerwerb von Areal diesen Mehraufwand auch rechnungsmässig verschwinden lassen, da eine Vermehrung des Dienstpersonals damit nicht verknüpft werden soll und somit die vorhandenen Beamten und Dienstleute sich auf eine grössere Grundfläche vertheilen lassen.

I. Jetziger Etat der Oekonomie.

1.	Oekonomie-Inspect.		Diesen Aufwand trägt die Oekonomiekasse allein.
	Gesammt-Dienstgenuss	560 Thlr.	
2.	Schirrmeister . . .	220 -	
	Wirthschaftsgehilfin .	96 -	
3.	2 Knechte	240 -	
	2 Mägde	168 -	
	Summa	1284 Thlr.	

II. Etat der Bediensteten und der Wärter.

1.	1 Oberwärter . .	240 Thlr.	wird von der Anstalt bestritten.
2.	6 Wärter à 138 Thlr.	828 -	
	Summa	1068 Thlr.	

Gesammtsumme: 2352 Thlr.

Bestellung. Eine Gegenüberstellung des „Soll und Haben" wird die hier einschlagenden Verhältnisse am besten illustriren. Zur Erläuterung diene noch, dass die vom Vorbesitzer betriebene Dreifelderwirthschaft seit 1869 in eine rationelle mit 8 Schlägen à circa 6 Acker 118 bis 290 □R. verwandelt worden ist, von der wir aus diesem Jahrgange ein Beispiel beifügen wollen:

1) Weizen, 2) Kartoffeln, 3) ½ Roggen ½ Hafer, 4) Kartoffeln, 5) Hafer, 6) ¾ Erbsen und Wicken, ¼ Kraut und Rüben und Futtermais, 7) Roggen, 8) Klee, 9) Taback, Rüben und Gemüse zu 8 Ackern gemeinschaftlich von Epileptikern etc. bestellt.

Das erst 1870 nach Aufstellung des Wirthschaftsplanes angekaufte Feld 6 Ack. 84 □R. ist zur freien Verfügung und zur Aushilfe verblieben; 2 Acker sind zur Bearbeitung bes. epileptischer Anstaltsbewohner reservirt. Die hier neben anderem Gemüsebau gepflogene Tabackscultur empfahl sich, wie schon früher bemerkt wurde, hauptsächlich aus dem Grunde, dass einer ziemlichen Anzahl internirter Pfleglinge 6—8 Monate lang ausserhalb der Mauern eine ebenso angenehme, als andauernde Beschäftigung geboten werden konnte. Aber auch der Ertrag dieser Parzellen blieb durchaus nicht hinter dem der Meiereifluren zurück, ungeachtet die letzten Jahrgänge dem Tabacksbau nicht gerade günstig genannt werden konnten. Im Durchschnitt stieg der Jahres-Nettoertrag auf 45—50 Thlr. pro Acker.

Einnahme. 1868 (Halbjahr) Ausgabe.

Einnahme	Thlr.	Sgr.	Pf.	Ausgabe	Thlr.	Sgr.	Pf.
Cap. I. Ackerbau, Wiesen, Gärten	1334	10	9	Cap. I. Ackerbau, Wiesen, Gärten	1664	17	9
- II. Viehzucht.	1698	6	7	- II. Viehzucht.	937	15	7
- III. Beitrag v. d. Anstalt. . .	—	27	5	- III. Neues Inventar und Instandhaltung (Hauswirthschaft.	141	27	5
- IV. Insgemein.	8	13	1	- IV. Bauaufwand.	1	1	2
- V. Vorschüsse.	1100	—	—	- V. Wasserversorgung. . .	1	25	—
- VI. Cassenbestand. . . .	—	—	—	- VI. Feuerung u. Beleuchtung.	26	15	—
				- VII. Oblasten.	64	1	6
				- VIII. Verwaltungsaufwand. .	294	20	—
				- IX. Insgemein.	31	4	1
				- X. Zurückgezog. Vorschuss.	950	—	—
				- XI. Abgelieferter Ertrag. .	—	—	—
				- XII Cassenbestand. . . .	28	20	2
Summa:	4141	28	2	Summa:	4141	28	2

Resultat.

	Thlr.	Sgr.	Pf.		Thlr.	Sgr.	Pf.
Baarerträgniss	28	20	2				
Mehrwerth der Naturalien. . . .	2215	27	9				
Mehrwerth des Inventars. . . .	768	2	5				
zurückgez. Löhne der Vers. . . .	273	27	—				
Summa:	3286	17	6				
abzügl. d. Schulden (Cap. V.)	150	—	—				
Reinertrag:	3136	17	6	oder per Acker:	48	7	7
				baares Erträgniss per Acker	4	15	—

1869.

Einnahme.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Cap. I. Ackerbau, Wiesen, Gärten	3262	5	3
- II. Viehzucht	5022	28	8
- III. Beitrag v. d. Anstalt	43	23	1
- IV. Insgemein	9	29	1
- V. Vorschüsse	50	—	—
- VI. Cassenbestand	28	20	2
Summa:	8417	16	5

Ausgabe.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Cap. I. Ackerbau, Wiesen Gärten	1765	27	1
- II. Viehzucht	2824	21	8
- III. Neues Inventar und Instandhaltung (Hauswirthschaft)	52	22	8
- IV. Bauaufwand	157	20	6
- V. Wasserversorgung	12	25	1
- VI. Feuerung u. Beleuchtung	62	—	—
- VII. Oblasten	97	1	8
- VIII. Verwaltungsaufwand	531	21	4
- IX. Insgemein	21	1	7
- X. zurückgez Vorschuss	200	—	—
- XI Abgelieferter Ertrag	2400	—	—
- XII. Cassenbestand	291	24	2
Summa:	8417	16	5

Resultat.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Baarerträgniss	2663	4	—
zurückgezog Löhne der Vers.	227	23	3
Mehrwerth der Naturalien	369	25	3
- des Inventars	239	24	5
Reinertrag:	3500	17	1
oder per Acker:	53	25	6
Baarerträgniss pro Acker:	44	14	3

1870.

Einnahme.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Cap. I Ackerbau, Wiesen, Gärten	3116	26	7
- II. Viehzucht	4685	22	3
- III. Beitrag v. d. Anstalt	33	28	1
- IV. Insgemein	67	17	1
- V. Vorschüsse	350	—	—
- VI. Cassenbestand	291	24	2
Summa:	8545	28	4

Ausgabe.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Cap. I. Ackerbau, Wiesen, Gärten	2480	8	[illegible]
- II. Viehzucht	2397	20	1
- III. Neues Inventar und Instandhaltung (Hauswirthschaft)	2	3	1
- IV. Bauaufwand	143	5	—
- V. Wasserversorgung	2	4	[illegible]
- VI. Feuerung u. Beleuchtung	62		—
- VII. Oblasten	108	16	1
- VIII. Verwaltungsaufwand	771	14	[illegible]
- IX. Insgemein	21	6	1
- X. Zurückgez. Vorschuss	350	—	—
- XI. Abgelieferter Ertrag	2100	—	—
- XII. Cassenbestand	107	9	—
Summa:	8545	28	[illegible]

Resultat.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Baarerträgniss	1915	14	8
Rückfall der Löhne v. Vers.	237	7	8
Vermehrung des Inventars und der Naturalien	503	7	—
Reinertrag:	2655	29	6
oder per Acker:	40	25	[illegible]
baares Erträgniss per Acker:	33	5	[illegible]

Einnahme. 1871. Ausgabe.

Einnahme	Thlr.	Sgr.	Pf.
Cap. I. Ackerbau, Wiesen, Gärten	3876	6	7
- II. Viehzucht.	5151	2	7
- III. Beitrag v. d. Anstalt. . .	146	13	1
- IV. Insgemein.	68	13	1
- V. Vorschüsse.	—	—	—
- VI. Cassenbestand. . . .	107	9	—
Summa:	9349	14	6

Ausgabe	Thlr.	Sgr.	Pf.
Cap. I. Ackerbau, Wiesen, Gärten	2213	26	2
- II. Viehzucht.	2911	15	1
- III. Neues Inventar und Instandhaltung (Hauswirthschaft).	28	14	9
- IV. Bauaufwand.	465	5	—
- V. Wasserversorgung. . .	69	22	9
- VI. Feuerung u. Beleuchtung.	62	—	—
- VII. Oblasten.	47	19	4
- VIII. Verwaltungsaufwand. .	898	5	6
- IX. Insgemein.	22	14	4
- X. Zurückgez. Vorschuss.	—	—	—
- XI. Abgelieferter Ertrag. .	2500	—	—
- XII. Cassenbestand. . . .	130	11	1
Summa:	9349	14	6

Resultat.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Baarerträgniss. .	2523	2	1
Rückfall der Löhne v. Vers. . . .	278	2	—
Vermehrung d. Inventars und der Naturalien. . .	152	22	3
Reinertrag:	2953	26	4
oder per Acker:	42	24	3
baares Erträgniss pro Acker:	40	18	2

Zu dieser Aufstellung ist erläuterungsweise zu bemerken, dass, da uns Anfang April 68 zunächst das kleinere, im Juni desselben Jahres erst das grössere Gut zufiel, um so weniger — mit Ausnahme des hier noch zu drei Viertel an die Anstaltskasse zurückfallenden Arbeitslohnes — ein Ertrag in baarem Gelde eingestellt werden konnte, als die Oekonomie sämmtliches todtes Inventar mit 768 Thlr. 2 Ngr. 5 Pf. zu erkaufen hatte.

Daher hat das bei diesem ersten Jahre bezeichnete Nettoerträgniss fast lediglich in den Mehrwerthen der Inventarien und Naturalien bestanden, deren Werth auch in den folgenden Jahrgängen gestiegen ist und zur Erhöhung des Gesammterträgnisses beigetragen hat, so dass seit der Begründung der Meierei bis Ende 71 ihr Zeitwerth von 4422. 15. 4. auf 5872. 1. 7. gewachsen ist

Zur richtigeren Beurtheilung wurde daher die Berechnung

des Nettoerträgnisses in beiderlei Beziehungen genau angegeben.

Die Art der Wirthschaftsführung mit möglichster Ausnutzung der Viehwirthschaft wird den Eingeweihten, die ohne jede Uebertreibung bezifferten Einnahme- und Ausgabeposten wohl erklärlich machen.

Nach regulirenden Bestimmungen von Seiten des Königl. Ministerium des Innern werden die Bauunterhaltungskosten von der Oekonomie oder der Anstalt, soweit sie diese ausschliesslich angehen, gesondert getragen, die in gemeinschaftlichem Interesse ausgeführten aber zu gleichen Theilen von beiden, um auch hierin in Zukunft die genaueste Kenntniss der Einzelerfordernisse zu erlangen.

In gleicher Betheiligung fällt auch die Wasserbeschaffung der Anstalt, wie der Oekonomie zu, wogegen letztere für Beleuchtung, Feuerung und Besorgung der Wäsche des landwirthschaftlichen Dienstpersonals einen bestimmten Beitrag zu geben hat.

Für die von der Anstalt entnommenen Speiseabfälle aller Art ist Seitens der Oekonomie nach 3jährigem Durchschnitt ein Pauschale von 50 Thlr. zu entrichten.

Für die im Interesse der Anstalt (inclus. der ärztlichen Besuche) geleisteten Fuhren wird die Oekonomie nach festen Taxen baar entschädigt.

Ebenso vergütet die Landwirthschaft die bei der Anstalt gewonnenen Düngungsstoffe nach ortsüblichen Sätzen und in gleicher Weise werden die gegenseitigen Leistungen abgeschätzt und verwerthet, wie dies einem fremden Contrahenten gegenüber zu geschehen haben würde.

So sind wir auf dem Standpunkte angelangt, von dem wir auch die wirthschaftlichen Interessen beider Gebiete — des der Anstalt, wie der Oekonomie — geordnet sehen wollen, wenn ernstliche Uebelstände mit Benachtheiligung des einen oder anderen Factors gemieden werden sollen. Dahin gehört vor Allem das freie Verkaufs- und Ankaufsrecht beider Theile. Diese Beziehungen werden nach unserem Dafürhalten am besten so gehandhabt, dass zwar die Oekonomieverwaltung verpflichtet ist, ihre sämmtlichen Erzeugnisse und Producte

zunächst der Anstalt zu den üblichen Marktpreisen anzubieten, diese dagegen den Kauf ablehnen und der Meiereiverwaltung überlassen kann, diese oder selbst höhere Preise zu erzielen. Die anderwärts gemachten Erfahrungen hinsichtlich unbedingter Annahme der Producte von dergleichen affiliirten Colonien durch die geschlossene Anstalt lassen zwar die Verwerthung ihrer Erträgnisse als eine sehr annehmbare erscheinen, dürfen aber so lange als illusorische betrachtet werden, als die geschlossene Anstalt als Consument um jeden Preis zur Hebung der Interessen der Landwirthschaft sich bereit finden muss. Freier Markt für beide Theile bewahrt sicherlich am besten vor Missbrauch des Einen durch den Anderen und bringt in dem wirthschaftlichen Verkehr die Rechte beider Interessenten in's Gleichgewicht.

Unterhaltung der Colonen. Kommen wir nun auf den durch die Verpflegung auf der Meierei verursachten Aufwand, so ist bei völliger Unpartheilichkeit wohl nicht in Abrede zu stellen, dass der allgemeine Aufwand in unserem Falle desshalb kein erheblich geringerer, als bei dem Personal der geschlossenen Anstalt sein kann, weil die sämmtlichen Verwaltungskosten auch auf die Meiereibewohner Anwendung erleiden müssen, höchstens dürfte eine Abänderung in so fern zu Gunsten der letzteren anzuuehmen sein, als die Zahl der Wärter (vor der Hand 6 : 84) um 1 Drittel reducirt erscheint. Dies würde ein Ersparniss von circa 300 Thlr. jährlich, pro Kopf etwa 3 Thlr. 5 Ngr. ausmachen, also einen ganz unerheblichen Unterschied bedingen. Ingleichen könnte eine geringere Kostspieligkeit des Bauaufwandes und der Inventarien angenommen werden, was einen weiteren Rückgang der Kosten um 7—10 Thlr. zur Folge haben würde. In Ansehung des besonderen Aufwandes (Beköstigung, Bekleidung und Lagerung, Wäsche und körperliche Reinigung, Krankenpflege und Ergötzlichkeiten) ist Alles in Allem eher eine Steigerung des Aufwandes in den genannten Artikeln nachweisbar, die durch die stärkere Abnutzung der Bekleidung, Wäsche und Werkzeuge, die hier nothwendige Kostverbesserung und die Erhöhung der Arbeitsgratificationen ihre Erklärung findet.

Stellt sich nach einem 3jährigen Durchschnitte der allgemeine Kostenaufwand per Kopf

I. in der Anstalt:	II. in der Meierei:
auf: 58 Thlr. 1 Ngr. 3 Pf.	48 Thlr.

so wird der besondere pr. ptr. folgende Dimensionen zeigen:

	I. in der Anstalt.			II. in der Meierei.		
1) Kost 3. Classe	45 Thl.	5 Ngr.	2 Pf.	48 Thl.	— Ngr.	— Pf.
2) Bekleidung	8 -	17 -	7 -	15 -	(mit Geräthe)	
3) Lagerstätten	2 -	27 -	3 -	2 -	27 -	3 -
4) Reinigung	1 -	4 -	4 -	1 -	4 -	4 -
5) Krankenpflege	1 -	13 -	7 -	1 -	13 -	7 -
	59 Thl.	8 Ngr.	3 Pf.	68 Thl.	15 Ngr.	4 Pf.
	117 Thl.	9 Ngr.	6 Pf.	116 Thl.	15 Ngr.	4 Pf.

womit die Uebereinstimmung beider Verpflegungsmodalitäten dargethan sein würde.

Ganz anders aber ist das Facit, wenn, wie es nach unserer Anschauung zu geschehen hat, die Gesammterträgnisse des Areals zur Entlastung des Staates von den Verpflegungskosten herangezogen und als Subsidien betrachtet werden. Ist also das Ankaufscapital zur Herstellung eines freien Verpflegmodus von vornherein als unproductiv zu betrachten, so wird aus den mit Hülfe der Pfleglinge cultivirten Ländereien ein ganz ansehnlicher Beitrag zur Unterhaltung der Kranken gewonnen, der den nach 4jährigem Durchschnitt zu 62,000 Thl. berechneten, also auf circa 80 Thlr. pro Jahr nach 750 Köpfen sich belaufenden Staatszuschuss für die Meiereibewohner um etwa 42 Thlr. pro Kopf = 52,50 pCt. abmindert. So betrachtet wird ein Meiereibewohner mit 74 Thlr. jährlich zu unterhalten sein, bezüglich nur einen Zuschuss von 40 Thlr. erfordern, mit einem Worte, der besondere Aufwand für einen Colonen auf etwa 26 Thlr. zurückgehen, sonach jährlich die Ersparniss in der ganzen Verpflegung 52 Thlr. pro Kopf betragen.

Das zu 41,700 Thlr. berechnete Ankaufscapital verzinst sich bei 45 Thlr. Durchschnitt pro Acker auf nahezu 7½ pCt.

Gesundheitsverhältnisse. Wenn nach dem Vorausgegangenen das wirthschaftliche Gedeihen der Colonie ausser Zweifel gesetzt ist und die beabsichtigte Ausdehnung der Vieh-

wirthschaft, sowie die damit in Verbindung stehende nothwendige Vergrösserung der Scheunen und Ställe zur weiteren Förderung gegründete Hoffnung giebt, so hat man auf Grund der seit 3 Jahren gemachten Wahrnehmungen genug Anlass, ein gleich günstiges Urtheil über den Gesammteindruck, welchen die landwirthschaftliche Niederlassung und Pflege auf die Kranken selbst, wie auf den unbefangenen Beobachter gemacht hat und fortdauernd im Wachsen erkennen lässt, zu fassen und abzugeben. Dass sich dies zunächst in dem frischen, wohligen und zufriedenen Ansehen der Colonen überhaupt, von denen keiner, wie dies wohl Anfangs versucht wurde, in die Anstalt zurückversetzt sein mag, und in der unumwundenen Anerkennung der Vortheile ihres Aufenthalts bei den Verständigeren ausspricht, mag hier nur kurz constatirt werden. Die Bestätigung einer solchen Behauptung kann eben nur an Ort und Stelle gemacht werden, wozu wir die geehrten Fachgenossen, die sich dafür interessiren, freundlichst eingeladen haben wollen.

Eine weitere Bekräftigung muss in dem Umstande gefunden werden, dass der anfängliche Widerstand, den einzelne Pfleglinge aus Indolenz und verleitet durch das vielen Irren eigene Beharrungsvermögen gegen ihre ländliche Verpflegung leisteten, nach wenigen Monaten nicht nur gänzlich aufgegeben, sondern in die entgegengesetzte Meinung übergegangen war. Als weiteres Moment zur richtigen Würdigung dieser Verpflegungsart für viele unheilbare Irre muss die allmählige Entwickelung einer ganz unerwarteten Arbeitslust und Befähigung zu vielen ländlichen Arbeiten bei Pfleglingen angeführt werden, welche nach der ganzen Apathie und Unerweckbarkeit ihres individuellen Lebens keine Andeutung einer solchen Thätigkeit hatten ahnen lassen, wie die in der Colonie nunmehr seit Jahren von ihnen geübte.

Zwar ist dies die einzige Frucht ihrer Ermunterung aus einem mehr stumpfen und gedankenarmen Hinbrüten geblieben, immerhin aber als selbstthätiger Act der Theilnahme an gemeinschaftlichem nützlichen Wirken zu bezeichnen.

Diese Erfahrung hat uns denn auch bestimmt, bei der Auswahl für die Colonie uns weniger durch die an den Irren

in dieser Beziehung in der Anstalt gemachten Beobachtungen leiten zu lassen, wogegen die mit Rücksicht auf das Gemeinwohl und die häusliche Friedfertigkeit gezogenen Schranken geblieben sind.

Was endlich den Krankheitszustand in der Colonie betrifft, so muss freilich vorausgeschickt werden, dass die grosse Mehrzahl der auf dem Lande Verpflegten aus dem rüstigsten und dem mittleren Alter angehörenden Kranken besteht, daher an sich eine verhältnissmässig grössere Integrität gegen Krankheitseinflüsse bewahrt. Doch zeigte besonders der erste Jahrgang, dass die Neuheit der Verhältnisse nicht ungestraft an unseren Colonen vorüberging: theils waren es zahlreichere catarrhalische und rheumatische Leiden, die zum Theil nur in der Anstaltspflege schneller gehoben wurden, theils einzelne Fälle von Typhus und langwierigen Darmcatarrhen, deren weitere Verbreitung indess nicht zu besorgen war. Auch pneumonische Affectionen blieben nicht aus, genasen aber ebenso rasch in der Colonie als andere in der Anstalt. Ein 70 Lebensjahre zählender Kranker verschied plötzlich bei einem weiter unternommenen Spaziergange apoplectisch, zwei andere starben an Bronchiopneumonie nach kurzem Krankenlager. Besonders machte in den ersten Jahren die zu catarrhalischer Augenentzündung bei scharfem Ostwinde hinzutretende trachomatöse Complication viel zu schaffen, deren gründliche Austilgung nur durch gänzliche Entfernung aller betreffenden Kranken aus der Colonie und zwar erst nach Jahr und Tag gelungen ist. Auch einzelne Unglücksfälle waren die Folgen der Unbesonnenheit allzu eifriger Kranken. So der Sturz auf die Tenne mit Fractur des Olecranon und eine schwere Schädelverletzung durch Fall von dem beladenen Rüstwagen, welche — jene zwar nur mit eingetretener Invalidität — diese aber mit vollständigem Erfolge in der Anstalt behandelt und bez. geheilt worden sind. Moralische Defecte, besonders unüberwindliche Begierde zum Trunke, führten in einzelnen Fällen schlagflüssige Zufälle oder vollständige Unbesinnlichkeit, andererseits unerlaubte Veräusserung eigener Effecten und dergl. herbei, waren daher nur durch definitive Zwangsrückkehr in die Anstalt zu verhüten, welche Maassregel genügend blieb,

um weiterer Nachahmung zu steuern. Ernstliche Entweichungsversuche geboten das gleiche Verfahren, wogegen den Ausschreitungen über das Maass erlaubter Spaziergänge nur Mahnung, Entziehung dieser Freiheit u. s. w. entgegen gestellt wurde. Einzelnen unvermuthet und vor der beabsichtigten Entlassung eingetretenen Entweichungen gab man die erbetene Legalisirung ohne Bedenken.

Wägungen und Resultat derselben. Zur näheren Veranschaulichung der Ernährungsverhältnisse bei unseren Colonen endlich lasse ich die nachstehende Gewichtsliste von 68 Personen folgen.

Nur wo die vorausgegangenen Wägungen eine Vergleichung mit dem Verhalten vor der Verlegung in die Colonie ermöglichten oder wo besondere körperliche Umstände obwalteten, sind die gewonnenen Beobachtungsreihen, selbst wenn sie einen kürzeren Zeitraum umfassten, dem Verzeichniss eingefügt worden. Eine weitere Auswahl unter den Wägungen fand nicht statt. Jeder Jahrgang giebt den mittleren Durchschnitt aus je 6 Wägungen [1]).

---

[1]) Z. bedeutet: nach Zschadras versetzt.
F. a. - im Frühjahr abgenommen.
S. a. - - Sommer -
H. a. - - Herbst -
W. a. - - Winter -
P. U. - Periodische Unruhe.

No.	Alter nach Jahren	Stand.	Geisteskrankheit.	Gewicht in Pfunden.				Anmerkung.
				1868.	1869.	1870.	1871.	
1.	45	Schuhmacher	Chron. Wahnsinn. . .	121 Z.	125	125	128	W. a.
2.	30	Weber	Melanchol. Verrücktheit.	126 Z.	98	98	99	P. U. a.
3.	40	Schieferdecker	Wahnsinn. Verrückth. .	121	121 Z.	126	127	S a.
4.	37	berufslos	Angeb. Blödsinn. . .	115 Z.	117	116	117	S. a.
5.	38	Oekonom	Wahnsinn.	—	—	134 Z.	132 entwich.	wenig veränd.
6.	47	Oekonom	Wahnsinn.	121 Z.	125	126	u. beurl.	S. a.
7.	37	Instrumentenmacher . . .	Verwirrtheit	110 Z.	113	111	109	meist S. a.
8.	44	Landmann	Wahnsinn. Verrückth. .	—	—	136 Z.	137	S. a.
9.	49	Klempnergeselle	desgleichen.	113 Z.	115	115	116	H. u. W. a.
10.	25	berufslos	Blödsinn. cong. . . .	99	88 pneum.	Anst.	99 Z.	S a.
11.	54	Landmann	Period. Manie. . . .	141 Z.	139	147	131	P. U.
12.	28	Landmann	desgleichen.	—	114 Z.	123	beurlaubt	
13.	31	berufslos	Blödsinn cong. . . .	108 Z.	107	106	109	F. u. S. a.
14.	49	Schirmfabrikant	Chron. Wahnsinn. .	118 Z.	116	114	116	F. u. S. a.
15.	43	Landwirth	Cong. Schwachsinn. .	118	125	116 Z.	116	F. u. S. a. ohne regel.
16.	19	Landwirth	Cong. Blödsinn. . . .	—	73 Z.	78	83	Abn. beurl.
17.	56	Landmann	Sinnenwahn.	—	138	139	152 Z.	W. a.
18.	26	Weber	Partiell. Wahnsinn. .	109	—	116 Z.	128	S. u. W. a.
19	42	Weber	desgleichen.	112	110 Z.	109krank	112	F. u. S. a.
20.	41	Kaufmann	Abgelauf. Parese. . .	101	102 Z.	104	104	S. a.
21.	33	berufslos	Idiotism. cong. . . .	109 Z.	108	106	109	S. u. H. a.
22.	39	berufslos	Blödsinn.	—	—	126 Z.	128	
23.	41	Lehrer	Schwachsinn. Melanch.	—	95 Z.	95 Z.	96	S. a.
24.	43	Handarbeiter	Ang. Schwachsinn. .	107 Z.	108	107krank	109	S. a.
25.	64	Weber und Nahrungsbes.. .	Mel. Schwachsinn. . .	126 Z.	130	134 Z.	139	H. a.

No	Alter nach Jahren	Stand.	Geisteskrankheit.	Gewicht in Pfunden.				Anmerkung.
				1868.	1869.	1870.	1871.	
26.	52	Hausirer u. Landarbeiter	Wahnsinn	131 Z.	135 entwich.	142	132	beurlaubt.
27.	57	Maurer	Melanch. Wahnsinn	122 Z.	122	123	121	S. a.
28	36	Landmann	Period. Manie	—	120 Z.	123	124	H. a.
29	50	Landwirth.	desgleichen	143 Z.	139krank	141	132	P. U.
30.	39	berufslos	Cong. Schwachsinn	111 Z.	107	108	113	S. u. F. ab.
31.	41	Landmann	Consec. Schwachsinn	114	118 Z.	122	121	S. a.
32	46	Nagelschmiedgeselle	Chron. Wahnsinn	—	111 Z.	123	119	S. a. P. U.
33.	41	Landmann	Consec. Schwachsinn	—	100	105 Z.	106	S. a.
34.	37	desgleichen	Angeb. Parese	126 Z.	127	125	124	H. a.
35	30	desgleichen	Melanch. Anthropoph.	142 Z	139	139	139	S. u. H. a.
36	33	Webergeselle	Mel. Schwachsinn	112 Z.	108	107	107	F. u. S. a.
37	43	Landmann	Angeb. Schwachsinn	113 Z.	111	112	112	H. a.
38.	47	Fleischer	desgleichen	133 Z.	125	118	128	jetzt 140.
39	42	Webergeselle	Mel. Schwachsinn	110 Z.	113	108	114	H. a.
40	44	Handarbeiter	Wahnsinn	125 Z.	123	127	127	ger. Schwank.
41	41	Webergeselle	desgleichen	122 Z.	121	122	124	desgl.
42	41	Handarbeiter	Wahns. Verrücktheit	—	119 Z.	113	119	S. u. H. ab; sehr tüchtig.
43	52	Landmann	Mel. Verwirrth.	123 Z.	123	135	123	s. April 71 ab.
44.	37	Landmann	Angeb. Blödsinn	114 Z.	123	122	122	S. a.
45.	46	Handarbeiter	Melanch. Schwachsinn	110 Z.	109	108	109	öfter ulc. cr.
46.	43	Landmann	Allg. Verwirrth.	119 Z.	123	117	120	F. u. S. a.
47.	31	berufslos	Ang. Blödsinn	—	—	109	105	F. u. H. a.
48.	23	Strumpfwirker	Mel. Stupor	—	138 Z.	137	138	H. 1-, S. 2mal
49.	27	berufslos	Angeb. Blödsinn	110 Z.	113	114	117	F. u. S. a.
50	30	Schlosser	Period Manie	112	114	111 Z.	115	Per. isolirt.
51.	32	berufslos	Angeb. Albernheit	109 Z.	106	109	111	F. u. S. a.

No	Alter nach Jahren	Stand.	Geisteskrankheit.	Gewicht in Pfunden. 1868.	1869.	1870.	1871.	Anmerkung.
52.	49	Schänkw. und Posam. . .	Erbl. Wahnsinn . . .	110 Z.	111	111	112	F. u. S. a. zurück wegen
53.	48	Techniker	Mel. Schwachsinn . .	112 Z.	116	113	103	Fractur.
54.	54	Feld- und Gasthofbes. . .	Period. Manie . . .	161 Z.	163	164	160	gleichm. Verh.
55.	43	Strumpfwirker	Wahnsinn	—	—	134 Z.	135	i. fern. Zuneh.
56.	34	Bauschüler	Mel. Schwachsinn . .	—	107 Z.	107	109	
57.	47	Schriftsetzer	Part. Verrücktheit . .	—	110 Z.	108	111	
58.	37	Steinsetzer	Sinnenwahn	101 Z.	97	104	103	Fr. a.
59.	71	Lehrer	Hypoch. Melanchol. .	124 Z.	125	121	123	Oekon. Schr.
60.	40	Handarbeiter	Angeb. Schwachsinn .	—	123 Z.	125	127	
61.	48	Landwirth	desgleichen	134 Z.	128	128	129	d. tub. verd.
62.	33	Landwirth	Man. Blödsinn . . .	139 Z.	137	138	130	öft. man. Unr.
63.	51	Strumpfwirker	Melanch. Schwachsinn	—	116 Z.	115	106	s Oct. 70 ab.
64.	53	Fabrikant	Chron. Manie . . .	155 Z.	168 beurlaubt	174	179	Gleichm. zu.
65.	42	Handarbeiter	Period. Narrheit . . .	130 Z.	140	136	137	Zunahme.
66.	45	Handarbeiter	Angeb. Schwachsinn .	116 Z.	114	112	112	
67.	49	Seminarist	Mel. (erbl.) Schwachs.	100 Z.	102	108	91	Nachts unr.
68.	33	Handarbeiter	Angeb. Schwachsinn .	116	113 Z.	110	108	

Demnach haben in dem 1 bis 3½jährigen Zeitraum ihrer Verpflegung auf der Meierei an Gewicht, und zwar nicht allmählig oder selbst nach mehrfachen Schwankungen,

zugenommen:	39 Personen	=	57,35 pCt.
gleichgeblieben oder zu früherem Gewicht zurück:	5 -	=	7,35 -
eine Abnahme erfuhren:	24 -	=	35,30 -

Der bedeutendsten, durch period. Unruhe und Agrypnie bedingten Abnahme um 17 Pfund stehen 4 von 24—13 Pfund Gewichtszunahme, 6 Fällen einer Gewichtsverminderung von 10—8 Pfd. treten 5 Personen mit ähnlicher Steigerung und Ernährung entgegen, während 8 Pers. mit einer Steigerung um 7—4 Pfd. gegen 5 von fast gleichem Abfall zu rechnen sind, 12 Kranke aber eine unerhebliche Minderung von 1—3 Pfd. zeigten gegen 21 Steigungen derselben Geringfügigkeit. Das gleichmässige Ansteigen von No. 1. 3. 4. 6. 9. 16. 18. 20. (frühere Parese) 25. 28. 31. 32. 33. 39. 40. 41. 44. 49. 50. 56. 60. 64. 65. entspricht den diesen Kranken eigenen gleichmässigen Gemüthszuständen und wurde durch zwischenlaufende Unpässlichkeiten nicht beeinträchtigt, weist also am besten die Gedeihlichkeit des neuen Aufenthaltes nach. Bei No. 10 (Verdacht auf Tuberculose) war die bis zum Eintritt in die Meierei beträchtlich gesunkene Ernährung in kaum einem Jahre wieder zum früheren Standpunkte zurückgekehrt. Bei 17 ist durch die Gewichtszunahme zugleich die erfreuliche Wendung bezeichnet, welche der durch mehrfache Hallucinationen begründete Wahnsinn bei einem Kranken genommen, bevor seine Versetzung für thunlich erachtet werden konnte. Zu 11 ist im Gegentheil zu bemerken, dass der Uebertritt dieser periodisch-maniakalischen Psychose (nach Trunksucht) zur früheren Lebensweise in den ersten Jahren von günstigem Einflusse auf Geist und Körper war, im letzten Jahre aber die Rückkehr der früheren Krankheitserscheinungen in gewohnter Weise sich bemerkbar machte, ohne dass die durch ihn verursachten Störungen ernstere Berücksichtigung erheischten. Bei 29 ist derselbe Fall anzugeben; zu 26 gilt die Bemerkung: „beurlaubt“ dem durch Brauchbarkeit, Anständigkeit und körperliches Wohlbefinden wohl motivirten Versuch, diesen Kran-

ken seinen früheren Verhältnissen zurückzugeben: ein Versuch, der schon in der ersten Zeit durch missliche Lage verunglückte und ihn verkommen in beiderlei Beziehungen uns wieder zuführte; auf der Meierei bethätigt er sich gegenwärtig wie sonst, hat aber die frühere Duldsamkeit noch nicht wieder erlangt.

Während auf die geringfügigeren Schwankungen in der Ernährung kein Werth gelegt werden kann, die meisten wichtigeren Unterschiede aber durch kurze Bemerkungen erläutert wurden, will ich nur zu 59 noch andeuten, dass der sonst bis zur unerträglichsten Peinlichkeit gesteigerte Zustand dieses Melancholikers sich unter Erhaltung seiner vollen Arbeitsfähigkeit (er ist als Oekonomieschreiber fast unentbehrlich zu nennen) in einen höchst zufrieden stellenden und ihm selbst behaglichen verwandelt hat, seit er die ihm erst verhasste Meierei bewohnt.

Die Einrichtung des regelmässigen Wägens setzt uns überall in den Stand, etwaige Missverhältnisse zwischen Leistung und Nahrung durch Aufbesserung der letzteren auszugleichen und lässt uns anderen chronischen Abweichungen von der Norm auf geeignetem Wege nachspüren. Im Ganzen sind die gefundenen Resultate überraschend genug und verbürgen für die Mehrzahl eine Art Indemnität in körperlicher Hinsicht bei chronischem Irresein, das durch diese Vortheile nach unseren Wahrnehmungen auch nicht unberührt bleibt.

Und so setzen durch Vergleichung des Gesammtzustandes zwischen sonst und jetzt bei unseren agricolen Irren die einzelnen Züge ein Bild der Zufriedenheit und rührigen Schaffens zusammen, das unter Ausschluss jedes ungeschickten Eingriffes eine friedliche Gemeinsamkeit und ein ruhiges Verkehren der verschiedensten Elemente vorführt, wie sie in der geschlossenen und überfüllten Anstalt nimmer zu ermöglichen waren. Jeder findet und nimmt eben einen Antheil, wie er ihm besonders zusagt und gewinnt in der Uebung seiner Leistungen ein Geschick, das ihn selbst befriedigt und erfreut. Auch die sämmtlichen Umgebungen und Einrichtungen sichern ihm einen Grad von Unbeschränktheit, der an seine früheren Gewohnheiten anknüpft und nirgends wird er durch aussergewöhn-

liche Vorkehrungen in diesem geistigen Anlehnen an seine gesunde Vergangenheit gestört, so dass er selbst das Geständniss abzulegen sich nicht scheut, sich nie wohler gefühlt zu haben, wie ich so oft aus dem Munde solcher Irren gehört, die früher jede Annäherung des Arztes benutzten, um an ihn die Mahnung zu richten, ihre Entlassung nicht länger zu verzögern. Aber auch bei denen, wo der geistige Defect, sei er nun primitiv vorhanden oder als Ausgang acuter Seelenstörung eingetreten, ein klares Bewusstwerden der Unterschiede zwischen Anstaltsleben und freier Verpflegung nicht mehr erkennen lässt, tritt, wie wir gezeigt haben, noch oft ein Arbeitsdrang zu Tage, von dem in der Anstalt keine Spur sich zeigte oder nur selten unter Unlust und häufigem mürrischen Versagen zur Aeusserung kam, jetzt aber ohne Mühe, durch Wort und Beispiel angeregt, sich zu bethätigen verlangt, ja selbst vor dem Uebermaass bewahrt werden muss. Besonders zeugen dafür 3 Beispiele von melanch. Schwachsinn bis zur Apathie, welche, alle 3 vom Beginne der Meierei angehörend, noch gegenwärtig mit demselben rüstigen Eifer und Geschick, so lange es nur die Jahreszeit erlaubt, den landwirthschaftlichen Arbeiten obliegen, wie sie im strengsten Winter mit gleichem Fleisse an der Stubenbeschäftigung ihren Antheil nehmen, was zur Zeit ihres Aufenthaltes in der Anstalt ganz und gar nicht der Fall war.

Und so wird wohl jede Irrenanstalt ein nicht geringes Contingent von Seelengestörten für diese oder eine andere Art der freien Verpflegung disponibel machen und ähnliche erfreuliche Erfahrungen sammeln können. Dass auch entgegengesetzte mit unterlaufen, habe ich nicht verschweigen wollen, glaube aber den Einfluss derselben auf das Endurtheil nicht gar hoch anschlagen zu dürfen, zumal die allmälige Verbreitung ähnlicher Einrichtungen die richtige Auswahl von Oertlichkeiten und Personen erleichtern und jene Gefahren mehr und mehr vermeiden lehren wird, besonders wenn auch die Gesetzgebung durch fördernde und eingehende Bestimmungen dieser Art der Irrenpflege sich anzunehmen veranlasst sieht.

W e i t e r e P l ä n e f ü r u n s e r e C o l o n i e. Was in wirthschaftlicher Hinsicht durch Ausbreitung und Erwerbung von

Areal mit entsprechender Entwickelung der einzelnen landwirthschaftlichen Zweige, vorzüglich der für uns zweckmässig befundenen Viehzucht in nächster Zeit zu erreichen sein wird, hängt noch von Umständen ab, die nur theilweise in den Händen der die Sache warm umfassenden Regierung liegen.

Es ist wohl kein Zweifel darüber, dass das Wachsthum einer so günstig sich entwickelnden Angelegenheit, wie die theilweise Befreiung einer nicht unbedeutenden Anzahl chronischer Irrer aus dem für sie bedrückenden Anstaltszwange, endlich diese Art der Vorbereitung convalescirender Irrer für das sie erwartende freie Leben sich bisher bewährt hat, in jeder Weise Unterstützung findet.

Zunächst aber handelt es sich darum, auch Kranken I. und II. Klasse eine Unterkunft in der Meierei zu bereiten, wozu in nächster Zeit die Erbauung eines villenartigen Gebäudes mit unmittelbar anstossendem Garten projectirt ist. Vorerst wird die Zahl dieser Kranken nicht über 8 zu bringen sein. Die Theilnahme derselben an den ländlichen Beschäftigungen dürfte natürlich nur eine beschränkte werden, vielleicht sogar — mit einzelnen Ausnahmen — lediglich der Blumen- und Obstzucht zugewendet bleiben.

Hieran soll sich eine kleine Infirmerie anschliessen, um in der Anstaltsluft kränkelnden Irren, soweit ihre äussere Verpflegung ausführbar ist, einen gesunden freien Aufenthalt bieten zu können, wie er im unmittelbaren Anstaltsbereiche — die Anstalt liegt auf einem räumlich beschränkten Bergabhange — nicht zu beschaffen ist. Auch mit diesen Kranken wird man über die gleiche Anzahl nicht hinauszugehen haben.

Nach Erreichung dieses vorläufigen Zieles mit 100 Verpflegten (als immer wieder zu erfüllendem Bestande) lässt nach unseren Verhältnissen, wie sie oben geschildert, sich eine fernere Vergrösserung nicht ausführen.

Zur freien affiliirten Unterbringung eigneten sich demnach bei uns — einen Gesammtbestand von 800 Kranken, der bald erreicht sein wird, angenommen — etwa 12,5 pCt. Kranke.

Wenn Andere ein weit höheres Prozentverhältniss (bis

50 pCt.!) für maassgebend halten, so haben sie gewiss eine andere Mischung von Irrsinnsformen im Auge, als die unsere ist.

Dagegen soll hier auch widerlegt werden, was einzelne Berichterstatter von allzugrosser Aengstlichkeit in der Auswahl der von hier aus zu Colonisirenden referirt haben.

Freilich legte das erste Jahr, ehe noch weitere Räumlichkeiten gewonnen waren, uns eine nothgedrungene Beschränkung in der Belegung auf, welche vorläufig unter dem für uns (bei III. Verpflegklasse) gültigen Maasse von 10 pCt. bleiben musste, bis weiterer Rath geschafft war.

Schlusswort. In der vorliegenden Darstellung, welche ohne Rückhalt die Schilderung einer wirklichen Errungenschaft mit allen ihren Mängeln und Vorzügen sich zur Aufgabe gemacht hat und auf irrthümliche Auffassungen gelegentlicher Referenten nicht weiter zurückkommen zu sollen glaubt, hoffe ich, Alles berührt zu haben, was dem Fachmann zu wissen nöthig war.

Aber auch dem öffentlichen Urtheile überlassen wir getrost die Prüfung unserer Maassnahmen und ermuntern Freunde und Gegner der Sache dazu, ihre etwaigen Zweifel durch eignen gründlichen Unterricht an Ort und Stelle schwinden zu sehen.

Ueber chronische Intoxikation durch Chloral-Hydrat.

Von

Dr. **Ludwig Kirn,**

Assistenzarzt in Illenau.

Zahlreiche nunmehr einige Jahre fortgesetzte therapeutische Versuche mit der Anwendung des Chloral-Hydrats, namentlich in der Behandlung Seelengestörter haben uns von der zweifellosen Wirksamkeit dieses neuen Arzneimittels als Hypnotikum und Anästhetikum überzeugt, welches in manchen Fällen nur schwer einen vollkommenen Ersatz finden dürfte. Wohl aber haben die gewonnenen Resultate in uns auch die Ueberzeugung befestigt, dass dieses mächtige und wirksame Mittel tief in den Organismus eingreift, dass die an es gestellten Anforderungen leicht die Grenzen des Erwünschten überschreiten und gar leicht das Wunder wirkende Arzneimittel zum unheilvollen Gifte werde. Die mächtig angewachsene Chloral-Literatur, die doch nur einen Bruchtheil des wirklich Beobachteten geben kann, berichtet uns so manches Beispiel akuter Vergiftung, mit höchster Lebensgefahr oder mit nicht zu verhütendem lethalem Ausgang. Fälle letzter Art bieten namentlich die englischen medicinischen Journale in einer wahrhaft erschreckenden Zahl.

Viel spärlicher sind die bekannt gewordenen Beobachtungen über die Veränderungen, welche ein *längere Zeit fortgesetzter Gebrauch des Chloral-Hydrats* im Organismus bewirkt. Wollen manche Beobachter selbst bei chronischer Anwendung desselben keinerlei Aenderungen wahrgenommen haben, so ist dagegen geltend zu machen, dass sich nicht nur

leichtere Störungen der Beobachtung entziehen können, sondern vor Allem, dass nach unseren und fremden Erfahrungen die individuelle Toleranz gegen das Chloral-Hydrat in den weitesten Grenzen schwankt.

Wir wandten das Chloral-Hydrat zumeist nur einmal pro die als Hypnotikum in der Dose von 2 bis 4 Gramm, zuweilen auch von 5 und 6 Gramm an; künftig dürften wir wohl nach den jetzt uns vorliegenden Erfahrungen die Dose von 2 Gr. nur selten mehr überschreiten. In einer Anzahl Fälle reichten wir ausser der abendlichen 1 bis 2 kleine Dosen tagüber zur Bekämpfung von Erregungszuständen. Die Aufnahme des Medikaments geschah, nachdem die ersten für die Haut deletären Erfahrungen uns von der subcutanen Methode abgeschreckt, per os, im Falle dies nicht anging per anum mit gleichem Erfolge.

Die beruhigende und hypnotische Wirkung des Mittels zeigte sich bei der Anwendung bei Gehirn- und Nerven-Erkrankungen in weitesten Grenzen schwankend; während bei Manchem die anfänglich gewählte Dosis von 2 Gramm für längere Zeit stets die gewünschte Wirkung hervorrief; bei Anderen nur eine ganz allmählige Steigerung der Dose nöthig war, äusserte bei einigen Kranken auch bei raschem Ansteigen die Dose von 4 Gramm nur geringe Wirkung, in einem Falle endlich vermochte selbst die rasch auf 6 Gramm gesteigerte Gabe keinen Schlaf hervorzurufen. Bei manchen Kranken konnte unter scheinbar gleichen äusseren Verhältnissen die gleiche Dose bald wirken, bald versagen. Wir enthalten uns hier der Mittheilung unserer Beobachtungen über die Art des Schlafs nach Chloral, über Verhalten der Sensibilität, der Respiration und Gefässthätigkeit, da diese Erscheinungen von anderer Seite genügend erörtert sind, und werden nur von einer Reihe krankhafter Erscheinungen sprechen, welche bei längere oder kürzere Zeit fortgesetztem Gebrauche dieses Hypnotikum von uns beobachtet wurden, und diese mit fremden Erfahrungen zusammenstellen.

Die hier am meisten hervortretenden Erscheinungen wurden auf der Haut beobachtet, Erscheinungen, welche in genetischer Beziehung grossentheils auf die Gefäss-Nerven der

Haut zurückzuführen sind. Es sind mehr oder minder ausgebreitete Erytheme, Quadeln- oder Papeln-Exantheme.

Hierher gehören in erster Linie die eingehenden mit klinischen Experimenten verbundenen Beobachtungen *Schüle*'s [1]), über das Auftreten der Chloral-Erytheme. „Der Chloral-Gebrauch setzt eine Geneigtheit zu fluxionären Hyperämien mit vermehrter und verstärkter Herzaktion. Dieselben betreffen zuerst und vorwiegend den Kopf, durch Erweiterung und stärkere Füllung der Gefässe und ein intensives, anfangs fleckiges, später mehr diffuses Erythem. In höheren Stadien ergreift das Erythem auch die abwärts gelegenen Rumpftheile, und wird ein allgemeines, wobei es mit Vorliebe dem Verlauf grösserer Nervenstämme zu folgen scheint. Dieser Chloral-Rash bleibt latent, bis er von einem das Gefäss-System betreffenden Reiz ausgelöst wird, tritt aber dann mit einer dem Grade der vorhandenen Chloralisirung parallelen Intensität und Raschheit hervor. Zu dieser Auslösung reichte der Reiz der gewohnten Spirituosa, Wein und Bier, schon in den bescheidensten Mengen, einmal selbst der Reiz der mässig genossenen Mahlzeit aus."

Ich führe diese Resultate von *Schüle*'s Beobachtungen wörtlich an, weil ich sie durchaus bestätigen kann. Wenn auch bei der individuell wechselnden Prädisposition sie nicht bei Jedem mit Chloral Behandelten evident beobachtet werden können, so gilt dies doch von einer grossen Zahl derselben, und habe ich noch gegenwärtig eine Reihe von Kranken unter meinen Augen, bei welchen der Chloral-Rash mit der Sicherheit eines Experiments hervorgerufen werden kann. So treten, um nur wenig Beispiele kurz anzuführen, bei einem paralytischen Kranken, der allabendlich 2 Gramm Chloral als Hypnotikum erhält, 10 Minuten nach eingenommenem Bier unter verstärkter Herzaktion Roseola-Flecken auf Stirne, Nase, Wangen und Hals ein, welche alsbald zu fleckigem Erythem confluiren, verbunden mit Schwellung und gesteigertem Wärmegefühl der betreffenden Hautparthien, welche Erscheinungen

---

[1]) *Schüle*, über eine bemerkenswerthe Wirkung des Chloral-Hydrats. Diese Zeitschrift Bd. XXVIII. S.

sich etwa nach einer Stunde wieder verlieren. Noch stärker traten die gleichen Erscheinungen bei einem jungen maniakalischen, sonst gesunden Mädchen ein, welches allabendlich 2 bis 3 Gramm Chloral nimmt, sobald sie, die sonst nicht an Congestiv-Erscheinungen des Gesichts leidet, mit einem Glase Bier bewirthet wird; unter starker Pulsation der Arterien wird das ganze Gesicht gedunsen, und von so hochgradiger, wirklich erschreckender dunkler Röthe bedeckt, dass wir den Genuss von Wein und Bier untersagen mussten, wie wir überhaupt gegenwärtig nur ausnahmsweise den in Chloral-Behandlung stehenden Patienten alkoholische Getränke reichen. Bei einer anderen jungen an Manie leidenden Patientin, die abendlich 2 Gramm Chloral nahm, genügte schon der Genuss von $^1/_8$ Liter Wein zur Auslösung des Chloral-Rash.

Auch von anderer Seite wurde das Auftreten von Chloral-Erythemen beobachtet. Namentlich sind hier die Beobachtungen *C. Brown*'s [1]) zu erwähnen, welche unabhängig von *Schüle*'s Arbeit zu ähnlichen Resultaten führten. Auch er fand als Wirkung des Chloral-Hydrats eine grosse Tendenz zu Fluxionen nach Kopf und Gesicht, welche sich in wenig Fällen nur auf die Wangen beschränken, in vielen aber sich auf Stirn, Hals und Ohren ausbreiten. Er beobachtete gleichzeitig Aufregung des Gefäss-Systems, enge Contractur der Pupillen und Injection der Conjunctivae. Gleichfalls die Erscheinungen in voller Blüthe zumeist nur, nach dem Genuss auch schon geringer Mengen alkoholischer Getränke hervortreten sehend, führte er dieselben auf temporäre Paralyse der vasomotorischen Centren an Kopf und Hals zurück. *Brown* beobachtete weiter einen Fall, bei welchem nach einer nicht näher angegebenen Chloral-Dose über den ganzen Körper eine diffuse inflammatorische Röthe aufstieg, so dass man es für rathsam fand, den Kranken einem Isolirhaus zu übergeben; nach 10 Stunden war die Röthe wieder gewichen. *Huseband* (Lancet 1871) gab einer Patientin während 8 Tagen täglich je 2 Dosen von

---

[1]) *C. Brown*, Chloral-Hydrate; its inconveniences and dangers. Lancet 1871 Vol. I. p. 440.

1,3 hierauf 5 Tage lang je 2 Dosen à 2 Gramm Chloral, wonach unter Fieber und Hyperästhesie der Haut ein skarlatinöser Ausschlag sich über den ganzen Körper ausbreitete, gefolgt von Abschuppung.

Es bleibt aber nicht immer bei Hyperämie und Erythem der Haut, vielmehr treten zuweilen auch andere Dermatosen hinzu, so wurden bei einer unserer Patientinnen, welche längere Zeit täglich je eine Chloral-Dose von 4 Gramm genommen, zuerst ein Chloral-Erythem im Gesicht, später ein papulöses Exanthem der Arme auf gerötheter Basis beobachtet. Oder es tritt Urticaria auf, welche hier und anderwärts wahrgenommen wurde.

Wie das Gesicht, mit oder ohne gleichzeitige Rash nach länger fortgesetztem Chloral-Gebrauch, ein leicht geschwelltes gedunsenes Aussehen annimmt, so können auch ausgedehntere Körpertheile, so bald sich der lähmende Einfluss des Chlorals auf grössere Ausbreitungs-Bezirke des Vasomotorius erstreckt, in ähnlicher Weise alterirt werden. Bei mehreren in Illenau beobachteten Kranken wurde nach lange fortgesetztem Gebrauch dieses Narcotikums ein geschwollenes, aufgetriebenes Aussehen fast des ganzen Körpers sichtbar, welches wohl als durch Stase bedingte wässerige Infiltration der Haut aufzufassen sein dürfte.

An diese Affektionen der Haut reihen sich solche der Schleimhäute, welche, so weit sie nicht etwa durch directen chemischen Reiz hervorgerufen sind, als Analoga jener aufgefasst werden müssen, d. h. ihre Entstehung einer durch Einwirkung auf das vasomotorische Centrum bedingten Gefäss-Lähmung verdanken. So sahen wir bei einigen mit Chloral-Hydrat behandelten Kranken Röthung, Schwellung und Sekretion der Conjunctiva, welche bei Fortgebrauch des Mittels der Behandlung schwer zugänglich, nach Abbruch desselben leicht zum Schwinden zu bringen waren. Auch von anderer Seite, namentlich von den Engländern *Balfour* und *Brady* wurde dieser Conjunctivitis Erwähnung gethan. Bei drei unserer Kranken entstand wahrscheinlich in Folge des mechanischen Reizes des Mittels mässige Angina catarrhalis mit Schmerzen

im Schlunde. *Curschman*[1]) sah bei einem seiner Kranken hochgradige Röthung und Schwellung der Epiglottis, sowie der falschen Stimmbänder auftreten.

Nicht in allen Fällen sind die schädlichen Folgen des Chlorals beschränkt auf vasomotorische Lähmungen und vorübergehende Neurosen der Haut und der Schleimhäute, vielmehr können bei mangelnder Lösung der Stasen schwere Folge-Erscheinungen oder beim Sitze derselben in lebenswichtigen Organen gefahrdrohende Symptome eintreten. Wir erwähnen hier zuerst einen Fall, der bezüglich der Affektion der Haut und Schleimhaut mit den früheren nahe verwandt ist, dagegen durch die gleichzeitigen Drüsen-Schwellungen eine schwerere Erkrankung darstellt. *Chapmann* (Lancet 1871) reichte einer jungen an Nervosität und unruhigem Schlaf leidenden Frau allabendlich 1 Gramm Chloral-Hydrat mit hypnotischer Wirkung. Nach 14tägigem Gebrauche trat, während Patientin über wunden Schlund klagte, eine Anschwellung der Parotiden und Submaxillar-Drüsen auf. Nun wurde das Gesicht gedunsen und es stellte sich eine über Gesicht, Schultern und Brust ausgebreitete intensive Röthe ein, ähnlich dem Scharlach, oder einem mässigen Grade von Erysipel. Nach sofort ausgesetztem Chloral-Gebrauch waren nach 2 Tagen die Erscheinungen verschwunden. Als man nach kürzerer Pause das Mittel wieder aufnahm, bedeckte sich rasch die ganze Haut vom Kopf bis zu den Füssen, unter intensiven, quälenden Hitzgefühlen mit Urticaria-Quadeln, während starke Sekretion der Conjunctivae sich einstellte.

Reimer[2]) constatirte bei einer Reihe von Kranken eine grosse Neigung zum Auftreten von Decubitus, die sich namentlich bei gleichzeitigem Gebrauch von Morphium und Chloral offenbarte. Nach geringem äusserem Druck wurden Stasen unter der Form umschriebener geröthеter Stellen mit sehr herabgesetzter Sensibilität hervorgerufen, welche bei alsbaldigem Nachlass des Druckes oder Aussetzen des Chlorals

---

[1]) Behandlung des Delirium potatorum mit Chloral-Hydrat. Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. VIII. S. 151.

[2]) Zeitschrift für Psychiatrie Bd. XXVIII. S. 316.

wieder rasch weichen konnten. Unter weniger günstigen Verhältnissen schwollen die gerötheten Stellen, und nahmen eine dunklere Färbung an, bald kam es zu Blasen-Bildung, welche unter Umständen zu brandigem Zerfalle führen konnte. Dieser Decubitus unterscheidet sich nach *Reimer* von dem gewöhnlichen durch längeren Druck bei allmählig sinkender Vitalität erzeugten Druckbrand, besonders dadurch, dass er bei noch ganz intakter Epidermis und Cutis in der Tiefe des Unterhautzellengewebes sich entwickelt und ausbreitet.

Ein wichtiges Symptom, das wir in einer Reihe von Fällen bei mehr oder weniger lange Zeit fortgesetztem Gebrauch von Chloral-Hydrat beobachteten, ist eine Störung der Respiration, welche auf einer niedrigen, die Kranken wenig belästigenden Höhe stehen bleiben kann, oder sich bis zu Anfällen wirklicher Dispnoe steigert. Experimentell ist diese Erscheinung von dem Schweden *Hammersten* hervorgerufen, der bei chloralisirten Katzen heftige Dispnoe eintreten sah, kurz erwähnt von *Jastrowitz*, dessen einer unter Chloral-Gebrauch stehender Patient von starker Dispnoe mit zeitweiser Cessation der Respiration litt, endlich ausführlich geschildert und erklärt von *Schüle*, der einen Kranken beobachtete, bei dem sich nach längerem Chloral-Gebrauch neben anderen Erscheinungen nach Tisch regelmässig eine Engigkeit einstellte, welche das Treppensteigen ausserordentlich erschwerte, selbst das Sprechen hemmte, ohne dass hiefür eine Erkrankung der Brust-Organe verantwortlich gemacht werden konnte. Trotz aller Medikation nahm die Kurzathmigkeit stets zu, bis endlich bei versuchsweisem Aussetzen des Chlorals die Engigkeit vollständig verschwand. Aehnlich, wenn auch nicht so lange dauernd, verlief die in manchen Fällen von uns beobachtete Chloral-Dispnoe, die entweder zugleich mit dem Rash auftrat, verbunden mit dem Gefühl der Bangigkeit und Angst, oder ohne diese begleitenden Erscheinungen verlief.

Dass die durch Chloral entstehende Engathmigkeit nicht immer auf niederer Stufe stehen bleibt, sondern auch zu den schwersten das Leben gefährdenden Erscheinungen führen kann, beweist folgende mir mitgetheilte Beobachtung eines hervorragenden Arztes. Dieser wurde zur Consultation gezogen

zu einer durch lange Leiden herunter gekommenen Dame, welche neuerdings an Anfällen hochgradiger Engathmigkeit litt, die sich bis zur Asphyxie steigerte, zugleich war das Gesicht gedunsen, die Gesichtsmuskeln gelähmt, und bestanden alle Erscheinungen von Hirn-Oedem. Da alle bisher angewandte, an sich rationelle, Medikation versagt hatte, schien die Kranke am Rande des Grabes. Da erfuhr der consultirte Arzt, dass als Hypnotikum seit einiger Zeit Chloral-Hydrat ungefähr 3 Gramm pro die in Anwendung gezogen worden seien, und mit der Entfernung dieses Mittels verschwanden in fast zauberhafter Weise, alle diese in so hohem Grade beunruhigenden Erscheinungen, die cerebralen Störungen verloren sich, die Respiration kehrte alsbald vollkommen zur Norm zurück!

Nach Analogie der Wirkung des Chlorals auf Haut und Schleimhäute ist die Dispnoe anatomisch auf Lungen-Hyperämie zurückzuführen, welche der Vermittlung sympathischer Nervenbahnen ihre Entstehung verdankt. Wir finden hierin eine weitere Bestätigung der von anderer Seite schon ausgesprochenen Annahme, das Chloral wirke auf das vasomotorische Centrum und die Medulla oblongata, um von da aus seinen lähmenden Einfluss auf die peripheren Bahnen der betreffenden Nerven auszuüben. Praktisch möchte aus diesen Erfahrungen wohl eine entschiedene Contra-Indikation des Chloral-Hydrats abzuleiten sein, bei allen krankhaften Zuständen, welche an sich schon die Tendenz zeigen, Wallungen oder Stauungen des Bluts in den Lungen auszulösen.

Wir kommen nun zu einer weiteren Gruppe von Fällen, in welchen sowohl die Qualität der auftretenden Erscheinungen, als ihre mehr oder minder weite Verbreitung im Organismus eine entschiedene Alteration der Blutmischung anzunehmen nöthigt. Hier sind in erster Linie zwei von *C. Brown* (Lancet 1871) beobachtete Fälle zu nennen, welche wegen ihrer interessanten Erscheinungen eine eingehende Schilderung rechtfertigen.

1. Fall. Eine Frau von 69 Jahren an Mania periodica leidend, wurde täglich dreimal mit Chloral 1,3 Gramm behandelt, am vierten Tage der

Behandlung hatte sich auf der Haut von Brust und Schulter eine Röthe eingestellt, welche auf Druck nicht wich, am sechsten Tage ist das Exanthem auf dem ganzen Rumpf und den Gliedern ausgebreitet, und bietet ein geschecktes Aussehen, indem livide Flecken mit tief rothen Stellen wechseln. Zugleich wurden Lippen und Mund-Schleimhaut excoriirt, das Zahnfleisch schwammig, die Zunge blasig und ulcerirt, der Athem fötid. Der allgemeine Zustand war der grosser Hinfälligkeit mit schwachen unterdrücktem Pulse von 120. Am 11. Tage hatte sich die Ulceration im Munde mehr ausgedehnt, die Lippen sich mit Krusten bedeckt. Die Petechial-Eruption nahm an Thorax und Abdomen ab, die Flecken wurden gelblich, zwischen ihnen wurden weisse Hautstellen sichtbar, die Flecken an den Armen verloren später ihre Röthe. Am 15. Tage eine Art allgemeiner Abschuppung; Fissuren der Haut über dem Sacrum und in der Nachbarschaft der Gelenke. Von da ab Reconvalescenz und Rückkehr zur habituellen Gesundheit.

2. Fall. Eine 46 Jahre an Herz-Erkrankung, Hemiplegie und Dementia mit Aufregung leidende Frau ward täglich drei Mal mit 1 Gramm Chloral behandelt mit beruhigender Wirkung. Am 19. Tage der Behandlung zahlreiche purpurrothe Flecken in der Gegend des linken Ellenbogens; folgenden Tages zahlreiche ähnliche Flecken an Schultern und Vorderarmen, die mit den ersteren, welche sich verbreiteten, zusammenflossen. Am 21. Tage zahlreiche livide Flecken im Gesichte, der linke Arm schwoll an, und wurde hart, auf seiner gerötheten Oberfläche erschien eine Masse kleiner Punkte (Stigmata) von viel dunklerer Röthe, nicht schwindend auf Druck. Am nächsten Tage dunkle Purpurflecken und Verfärbungen, theils klein, rund und umschrieben, theils breit und von unregelmässiger Form auf den Beinen und dem Abdomen; bandförmig zu beiden Seiten der Wirbelsäule. Zugleich mit der Anwesenheit der Petechien bestand grosse Prostration der Kräfte, Neigung zu Somnolenz, Schwäche und Erregbarkeit des Pulses, wunde Lippen, dicklich belegte Zunge. Am 23. Tage hatten sich die Flecken und entfärbten Stellen nach jeder Richtung ausgebreitet, wobei die zuvor lebhafte Röthe einen tief purpurnen Ton annahm. Endlich stellten sich Congestiv-Erscheinungen nach den Lungen ein, gradueller Verfall der Kräfte, und nach einigen Ohnmachts-Anfällen — Tod am 26. Tage. Bei der Autopsie fanden sich noch zahlreiche Ecchymosen von verschiedenster Gestalt und Grösse, mehr oder minder auf allen Hautparthien; rechte Lunge congestionirt und ödematös, Herz dilatirt, Klappen verdickt, über der rechten Hemisphäre des Gehirns eine grosse flüssiges Blut enthaltende Arachnoideal-Cyste.

An die beschriebenen reiht sich ein von *Monkton* (Lancet 1871) beobachteter Fall, in welchem nach 4tägigem Gebrauch von Chloral in der Dose von 4 Gramm ein Exanthem, ähnlich leichten Pocken mit Purpura haemorrhagica, und am 6. Tage Tod durch Synkope eintrat. Endlich gehören hierher zwei

Kranke in *Pelman* [1]), bei welchen nach Behandlung mit Chloral-Hydrat sich grössere und kleinere Petechien auf der ganzen Haut ausbreiteten, bei dem einen zur Sektion gekommenen zahlreiche Petechien sowohl auf der Schleimhaut des Kehlkopfs, als unter dem Endokardium; in der Schädelhöhle rechts bis zur Basis herabreichend Hämatome, deren dünnflüssiger Inhalt ihr frisches Datum bezeichnete.

Ich lasse nun einen Fall meiner eigenen Beobachtung folgen, der durch die Mannichfaltigkeit seiner Erscheinungen noch mehr frappirt, und durch die Qualität derselben uns vielleicht deren Verständniss näher bringt. Der Krankheitsfall wurde von mir zu einer Zeit beobachtet, in der die üblen Folgen des Chloral-Hydrats noch nicht bekannt waren, dasselbe wurde trotz der mannichfachsten Krankheits-Erscheinungen, eben weil lange Zeit das Chloral nicht als deren Ursache erkannt wurde, consequent fortgebraucht, wesshalb die Erkrankung in Stadien weiter verfolgt wurde, die uns heute gar nicht mehr begegnen dürfen, indem die indessen vorgeschrittene Kenntniss uns vorher schon ein gebieterisches Halt! zurufen muss! Ich lasse das detaillirte Krankheits-Journal im Auszug folgen, wie es — ganz unbefangen, unbekümmert um die uns beschäftigende Frage — aufgenommen wurde:

B. R. 20½ Jahr alte, früher vollkommen gesunde Dienstmagd, erkrankte am 9. April 1870, drei Tage post partum an Puerperal-Manie. Bei der Aufnahme in die Anstalt (den 21. Mai) zeigte Patientin gute Ernährung, gesunde Körper-Organe, keine Temperatur-Erhöhung und ruhige Herz-Thätigkeit. Manie hohen Grades mit schwerer Störung des Bewusstseins, heitere Stimmung, grosser Rede- und Bewegungsdrang, Unruhe bei Tag und Nacht; springt umher, tanzt, greift nach Allem, zerstört. Ideen-Jagd, Incohärenz der Vorstellungen, Verkennen der Verhältnisse. Auf erhöhtem Selbstgefühl basirende Wahnvorstellungen von Grösse und Macht, aber flüchtig und wechselnd.

21. Mai. Abends 4½ Uhr 2 Gramm Chloral-Hydrat innerlich. Ruhiger Schlaf von 5 bis 7½ Uhr, dann wieder grosse Unruhe. Abends 9 Uhr 3 Gramm, Schlaf bis zum anderen Morgen 5½ Uhr.

22. Lebhaft maniakalische Erregung. Um 1 Uhr 3 Gramm Chloral per Klysma; kurzer Schlaf, ruhige Gefässthätigkeit.

---

[1]) Ueber einige Nachtheile bei Anwendung des Chloral-Hydrats. Irrenfreund 1870 No. 2.

23.—24. Grosser maniakalischer Drang, Chloral ausgespieen, das per Klysma genommene weggedrückt.

25. Abends 9 Uhr 4 Gramm Chloral per Klysma; sofortiger Schlaf; den kommenden Morgen dieselbe Dosis mit gleichem Erfolge. Die folgenden Tage gleiche Medikation.

29. Ausbruch eines allgemeinen Exanthems in der Form rother Flecken, welche in Gruppen stehen und vielfach confluiren.

30. Auf einer Anzahl der Flecken erheben sich kleine Bläschen. Temperatur 37,6—7, Puls 90; Esslust vermindert; Durst vermehrt.

3. Juni. Exanthem grossentheils abgeblasst. Nach mehrtägiger Remission exacerbiren die Erscheinungen wieder vom 6. Juni an.

9. Grosse Unruhe, ungemeiner Vorstellungs- und Bewegungs-Drang. Abends 9 Uhr 4 Gramm Chloral mit beruhigender Wirkung.

11. Das Exanthem ist wieder in voller Blüthe, über den ganzen Körper sind grosse, rothe, vielfach confluirende Flecken verbreitet, nirgends Papeln. Kein Catarrh der Schleimhäute. Esslust gut. Steigerung von Temperatur und Puls, Abend-Temperatur 39,2 C., Puls 120.

12. Die Flecken haben sich zumeist zu diffuser Röthe vereinigt.

Temperatur Morgens 39,5, Puls: 116
- Abends 41 - 128.

13. Diffuse, scharlachähnliche Röthe, namentlich an den Extremitäten. Trockene Lippen und Zunge, sehr gesteigerter Durst.

Temperatur Morgens 40, Puls: 120.
- Abends 40,7, - —

14. Die maniakalische Erregung ist bedeutend herabgesetzt, dagegen hat die Verworrenheit sehr zugenommen.

Haut fast allenthalben diffus geröthet, glühend heiss anzufühlen, Gesicht geschwellt, auf demselben einzelne kleine Borken.

Temperatur Morgens 40,5.
- Abends 41,5.

Chloral für einige Tage ausgesetzt. (Leider fehlt in unserem Journal die Notiz, an welchem der folgenden Tage und in welcher Dosis es wieder aufgenommen wurde, jedenfalls wurde es nur wenige Tage unterdrückt, vom 23. an haben wir Darreichung und Dosirung wieder genau verzeichnet).

15. Gesicht geschwellt, namentlich Wangen, Augenlider, Ohren; in der Gegend der Ohren und am Kinn kleine Knötchen mit gelben Krüstchen bedeckt. An den oberen Extremitäten und dem Rücken Abschuppung in Form kleiner kleienartiger Schüppchen.

Temperatur Morgens 39,2.
- Abends 39,7.

16. Lebhafte ängstliche Unruhe, weint, jammert, verweigert die Nahrung. Oedematöse Schwellung, namentlich der unteren Augenlider. Abschuppung beträchtlich an den oberen Extremitäten, mässig am Rumpfe.

Temperatur Morgens 38,6.
- Abends 38,0.

17. Aengstliche Unruhe bei schwer gestörtem Bewusstsein. Zahlreiche, gelbe, eitrige Krusten an Mund, Nase, Ohren, Augenlidern, welche das Bild des impetiginösen Eccems darstellen. Flache Pusteln im Nacken. Bedeutende Schuppenbildung an Stirn und behaartem Kopf; mässige Abschuppung der unteren Extremitäten.

Temperatur Nachts 2 Uhr 40,2.
- Morgens $^1/_4$10 Uhr 38,5
- Abends 8 Uhr 37,5.

18. Von den unteren Extremitäten werden grosse Schuppen abgestossen.

Temperatur Nachts 3 Uhr 40,0.
- Morgens $^3/_4$10 - 38,6.
- Abends 8 - 38,0.

19. Die oberen Extremitäten und der Nacken bieten das Bild eines stark nässenden Eccems, an den Händen wird die Haut in grossen Fetzen abgestossen. Vielfach wiederholte dünne Diarrhoen.

Temperatur Morgens $^1/_2$10 Uhr 39,5.
- Nachmittags 3 - 40,2.
- Abends 8$^1/_4$ - 38,7.

20. Fast allgemeine Abschuppung, dagegen Gesicht, Ohren, Nacken mit eitrigen Krusten bedeckt. Respiration durch Borken in den Nasenlöchern erschwert.

Temperatur Nachts 2 Uhr 40.
- Morgens 10 - 39,7.
- Nachmittags 2$^3/_4$ - 41.
(Chinin 0,12 subcutan).
- - 5 - 40,2.
(Bad von 1 Stunde 23° R.).
- - 6 - 37,2.
- - 8 - 38,7.
(Chinin 0,18 subcutan).

21. Nässendes Eccem am linken Arm.

Temperatur Morgens 9$^1/_2$ Uhr 39,5.
(Chinin 0,18).
- - 11$^1/_2$ - 40,2.
- Nachmittags 2$^1/_2$ - 40,3.
(Bad 1 Stde 23° R.).
- - 3$^1/_2$ - 36,7.
- Abends 7$^3/_4$ - 39,2.
(Chinin 0,24).
- - 9 - 39,0.

22. Täglich mehrere diarrhoische Stühle.

Temperatur	Nachts	1	Uhr	39,2.
-	Morgens	10	-	39,7.
-	Mittags	12	-	39,7.
		(Chinin 0,3).		
-	Nachmittags	2	-	39,8.
-	-	$3^1/_4$	-	40,2.
		(Bad von 1 Std. 23° R.).		
-	-	$4^1/_4$	-	38,2.
-	Abends	7	-	39,5.
		(Chinin 0,3).		
-	-	$9^1/_2$	-	39,5.

23. Gesicht grösstentheils gereinigt, nässendes Eccem am Nacken und oberen Extremitäten, untere Extremitäten und Rumpf immer noch in der Desquamation. Bewusstsein etwas weniger benommen. Bäder und subkutane Chinin-Injectionen fortgesetzt. Regelmässige Dose von 2 Gramm Chloral je Abends 9 Uhr.

Höchste Temperatur um 3 Uhr Nachmittags und $7^1/_2$ Uhr Abends 40,2.

24. Starker Kopfschmerz. Arme sehr geschwellt. Höchste Temperatur 10 Uhr Abends 39,5.

25. Abschuppung der Hände in ganz grossen Epidermis-Lappen.

Höchste Temperatur Nachts 2 Uhr 40,0.

26. Während sich in letzter Zeit einen grossen Theil des Tages ein ruhiger Zustand erhalten, heute Abend zwischen $8^1/_2$ und $9^1/_2$ plötzliches Auftreten von lebhaftem Vorstellungs-Drang und sehr beschleunigten vollständig abspringenden Delirien, nach 2 Gramm Chloral jeweils baldige Ruhe und fester Schlaf. Im Nacken noch nässendes Eccem; beide Arme in Folge sich entwickelnder Phlegmone sehr geschwellt und geröthet. Wieder Diarrhoe. Puls 108.

Höchste Temperatur Nachmittags 1 Uhr 40°.

27. Die Phlegmone stellt sich an beiden Armen dar als schmerzhafte, bereits fluctuirende Geschwulst in der Gegend der Ellenbogen, rechts grösser als links. Mehrfaches Erbrechen.

Höchste Temperatur 10 Uhr Abends 38,5.

28. Abends intensives Delirium, enormer Vorstellungs-Drang mit Incohärenz, Alliteration und Assonanz der Wortbildung. Mehrfache dünne Diarrhoen Puls 130.

Höchste Temperatur Abends 8 Uhr 40,2.

29. Morgens Fröste, Diarrhöen, die phlegmonösen, stark fluctuirenden Geschwülste an beiden Armen geöffnet, entleeren rechts etwa $^1/_4$, links etwa $^1/_8$ Liter schönen dicken Eiters. (Täglich 2—3 Dosen von 0,3 Chinin).

Höchste Temperatur Abends 7 Uhr 39,6.

30. Reichliche Eiter-Entleerung.

Höchste Temperatur Abends $4^1/_2$ Uhr 40,7.

1. Juli. Abschwellung und Abnahme der Eiterung an den Armen.

Höchste Temperatur Abends 6 Uhr 39,5.

2. Abruptes Delirium mit Grössenwahn. Diarrhoen dauern an.

3. Starke Eiter-Entleerung. Patientin ist am Abend ruhig, deshalb Chloral, aber nur am heutigen Tage, ausgesetzt.

4. Diarrhoe. Esslust besser.

Temperatur: gegen 40.

Wieder regelmässig 2 Gramm Chloral Abends 9 Uhr.

5. Akut entstandener Abscess über der linken Schulter entleert etwa 50 Gramm schönen dicken Eiter.

Abends Temperatur: 39,5.

6. Abscess am rechten Arm vernarbt, der am linken producirt viel dünnen Eiter. Diarrhöen. Grosse psychische Hemmung mit zeitweiser Erregung, in welcher die Worte ganz zusammenhanglos ausgestossen werden; alle Fragen mit: „Ja" beantwortet. Morgens und Abends je 2 Gramm Chloral.

7. Grosse Unruhe, Abschuppung in grossen Schuppen am ganzen Körper dauern immer noch an, wodurch vielfach das Bild des Eccema squamosum entsteht. Aus dem Abscess über der linken Schulter entleert sich viel dünner Eiter. Wieder 2 Dosen Chloral.

8. Nur Abends 2 Gramm Chloral.

9. Aus dem Schulter-Abscess wird ein grosses Stück Fascie ausgestossen. Abscess am linken Arm entleert viel dünne, wasserhelle Flüssigkeit. Seine Ränder sind wieder mehr entzündet. Am Morgen 2, am Abend 3 Gramm Chloral.

10. Ziemlich ruhige Nacht. Abends 4 Gramm Chloral.

11. Zwei neue Abscesse unter der linken Achselhöhle von der Grösse einer Wallnuss. Häufige Diarrhoen.

Höchste Temperatur Abends 6 Uhr 37,8.

Morgens 2, Abends 4 Gramm Chloral.

12. Die Abscesse an der Achsel eröffnet, enthalten mässige Eiter-Mengen. Bedeutendes Ausfallen der Kopfhaare.

Höchste Temperatur Abends 5 Uhr 38,2.

Morgens 2, Abends 4 Gramm Chloral, ebenso die folgenden Tage.

13. Die Desquamation erneut sich beständig am ganzen Körper. Esslust sehr gering.

Höchste Temperatur Nachts $1^1/_2$ Uhr 39,0.

14. Diarrhoen dauern fort.

Höchste Temperatur Abends $4^1/_2$ Uhr 38,7.

15. Motorischer Drang dauert an. Geringe Eiterung aus den Abscessen. Conjunctivitis.

Höchste Temperatur Abends 9 Uhr 40.

16. Höchste Temperatur Abends 10 Uhr 39,5.

17. Diarrhoen. Schlummersucht. Puls 128.

Höchste Temperatur Abends 10 Uhr 38,7.

18. Juli. Die ganze Haut mit grossen, derben Schuppen bedeckt, nach Art der Ichtyosis. Die Abscesse granuliren. Aufnahme von nur flüssiger Nahrung.

Höchste Temperatur Abends 6 Uhr 38,7.

19. Viel grössere Unruhe trotz des fortgesetzten Gebrauchs von Chloral.

20. Grosser Vorstellungsdrang mit ausgesprochenem Grössen-Delirium (sie sei Kaiserin und Königin auf Erden).

Haut noch stets mit Schuppen bedeckt, nach deren Entfernung wund und schmerzhaft. Fieber vermindert.

21. Diarrhoen dauern an.

24. Körper-Ernährung hat sich etwas gehoben.

25. Abscess am linken Arm geschlossen, der am Rücken secernirt noch ein wenig.

26. Schuppenbildung bedeutend geringer. Appetit besser. Diarrhoen dauern an. Psychisch freier.

27. Höchste Temperatur Abends 10 Uhr 39,0.

30. Haut zusehends reiner, Diarrhoen dauern an.

Höchste Temperatur Abends 6 Uhr 38,2.

Bis heute inclusive Morgens 2, Abends 4 Gramm Chloral.

31. Diarrhoen nehmen zu, trotz fortgesetztem Gebrauch von Opium und Tannin. Gesteigerte Unruhe.

Höchste Temperatur Abends 10 Uhr 38,2.

Morgens 2, Abends 5 Gramm Chloral.

1. August.

Höchste Temperatur Abends 6 Uhr 38,2.

Morgens 2, Abends 4 Gramm Chloral.

2. Esslust gut. Bewusstsein etwas freier. Nur noch geringe Hautparthien beschuppt.

Höchste Temperatur Nachmittags 4½ Uhr 38,7.

Morgens 2, Abends 4 Gramm Chloral.

3. Höchste Temperatur Abends 6 Uhr 38,2.

Morgens 2, Abends 5 Gramm Chloral.

4. Diarrhoen haben aufgehört. Bronchial-Catarrh. Gute Esslust.

Höchste Temperatur Nachmittags 3 Uhr 38,0.

Morgens 2, Abends 4 Gramm Chloral.

Grössere Ruhe. Ganz ungemein schwerfällig und unbeholfen.

5. Höchste Temperatur Abends 9 Uhr 38,2.

6. Höchste Temperatur Abends 8 Uhr 37,7.

Gebrauch des Chloral-Hydrats abgebrochen.

7. Hochgradige Unruhe bei Tag und Nacht. Maassloses Grössen-Delirium (sie habe 80,000 Millionen vergraben).

Höchste Temperatur Abends 8½ Uhr 37,0.

8. Sehr erregte, wechseln mit ruhigen Zeiten.

Höchste Temperatur Abends 9 Uhr 37,7.

9. August. Kopfschmerzen.

Höchste Temperatur Abends 9 Uhr 37,7.

10. Höchste Temperatur Abends 9 Uhr 37,5.

11. Grosse Unruhe, ungemeiner Vorstellungs-Drang mit völliger Incohärenz.

Höchste Temperatur Abends 38,0.

12. Desgl. - 38,0.

13. - - 38,0.

14. - - 38,2.

15. Eine grosse Zahl kleiner Furunkel an Händen und Füssen auftretend.

Höchste Temperatur Abends 38,0.

16. Die Nägel sämmtlicher Finger werden abgestossen.

Höchste Temperatur Abends 38,7.

17. Abscess unter der Haut der linken Ferse.

Höchste Temperatur Abends 38,7.

18. Lebhafte heitere Erregung, sehr unruhige Nacht.

Höchste Temperatur Abends 37,0.

19. Desgl. - 36,7.

20. - - 37,7.

Im September stellt sich eine ungemeine Ess- und Trink-Begierde ein, während das ausgefallene Kopfhaar sich völlig erneut, ebenso werden sämmtliche Nägel an Händen und Zehen, welche ausgefallen waren, neu gebildet.

Am 15. October ward Patientin unter Fieber-Erscheinungen wieder von einem an vielen Körpertheilen ausgebreiteten Erythem befallen, das aber schon am 18. October wieder schwand, um nicht wieder aufzutreten.

Im Laufe des November tritt allmählig völliger Nachlass der Manie ein, im Dezember war das Verhalten vollkommen ruhig, und ziemlich geordnet, dagegen bestand noch grosse psychische Hemmung, grosse Müdigkeit, während die Ernährung sich in auffallender Weise hob.

1871 Januar. Ruhige Haltung, aber zeitweise schmerzliche Verstimmung.

Februar vollkommen genesen in die Heimath entlassen.

In der Folge litt sie noch sehr häufig an heftigen Kopfschmerzen, welche sich erst in der zweiten Hälfte 1871 verloren. Sie erfreut sich jetzt, nach kürzlich eingelaufenen Nachrichten ungetrübten Wohlseins.

Wir haben das geschilderte Krankheitsbild mit allen Erscheinungen und seinem ganzen Verlaufe nach vorführen zu müssen geglaubt, um dem Leser die Bildung eines eigenen Urtheils zu ermöglichen. Resumiren wir kurz die wichtigsten Symptome, so finden wir bei einer jungen kräftigen, vordem

gesunden, an einer nicht complicirten Psychose leidenden Person am 9. Tage der Chloral-Behandlung das Auftreten eines allgemeinen Exanthems in Form rother in Gruppen stehender Flecken, welche bald zu diffuser Röthe confluiren. Am 20. Tage steigt Temperatur und Puls rasch zu einem Status febrilis an — Temperatur 39,2 C. Puls 120, folgenden Tags Temperatur 41,0° Puls 128, drei Tage später Temperatur sogar 41,5°, wogegen grosse und fortgesetzte Dosen Chinin innerlich und subkutan gereicht, keinen wesentlichen, Bäder nur vorübergehenden Erfolg bieten. Hiezu kamen ödematöse Schwellung des Gesichts, der Wangen, Augenlider, Ohren. Während der ganzen Krankheits-Dauer konnte die Haut sich nicht zur Norm zurückbilden, vielmehr stellte dieselbe in mannichfach wechselnder Weise bald das Bild des impetiginösen, bald des nässenden, bald endlich des squamösen Eccems und der Ichthyosis dar, indem der Process der Abschuppung nicht nur wie bei akuten Exanthemen sich auf eine kurze Zeit beschränkte, vielmehr viele Wochen lang grosse Epidermoidal-Schuppen von allen Theilen des Körpers abgestossen wurden. Die tiefe Störung in der Ernährung der Haut dokumentirte sich noch in der späteren Krankheits-Periode durch einen bedeutenden Ausfall der Kopfhaare, und die allmählige Elimination sämmtlicher Nägel der oberen und unteren Extremitäten. Zu der Affektion der Haut gesellten sich solche der Schleimhäute, zuerst des Darmkanals, welche trotz verschiedenen Medikationen zu 6 Wochen andauernden dünnen Diarrhoen führte, sodann der Conjunctivae und der Bronchien. Von der 6. Woche der Erkrankung an bildete sich eine Reihe grosser Abscesse an beiden Armen über den Schultern und den Achselhöhlen, welche beträchtliche Eiter-Mengen secernirten. Während diese Erscheinungen abliefen, hatte über 8 Wochen lang ein continuirliches, bald remittirendes, bald über 40° C. exacerbirendes Fieber angedauert.

Nachdem wir die Symptome vorliegender Erkrankung hiemit näher zusammengefasst haben, müssen wir dieselben als chronische Blutvergiftung bezeichnen. Vergebens suchen wir aber dieselbe in eine der bekannten Gruppen einzureihen, es handelt sich hier nicht um Pyämie oder um Septi-

cämie, nicht um metallische oder pflanzliche Vergiftung, denn weder haben Ursachen eingewirkt, welche zu einer dieser Erkrankungen führen könnten, noch finden wir die für jene Zustände charakteristischen Erscheinungen. Noch viel weniger pflegt die Erkrankung, welche Patientin in hiesige Behandlung führte, jene häufig beobachtete Gehirn-Erkrankung, welche man nach Ursache und Erscheinungen Puerperal-Manie zu bezeichnen pflegt, jemals Erscheinungen, ähnlich den geschilderten, zu bieten. Es hat in der That keine andere äussere Einwirkung stattgefunden, als die Aufnahme des Chloral-Hydrats und wurde dieses schon in grösseren Einzel-Dosen keineswegs gleichgiltige Mittel, während 10 Wochen in abendlichen Dosen von 3 — 4 selbst 5 Gramm, einige Zeit selbst in 2täglichen Dosen in den Organismus aufgenommen. Die Erscheinungen begannen, nachdem offenbar durch kumulative Wirkung ein gewisser Sättigungsgrad erreicht war, um sich bei methodisch fortgesetzter Zufuhr von Chloral-Hydrat, theils in den nicht getroffenen Körper-Gebieten weiter zu entwickeln, theils auf andere Gebiete überzugreifen, um schliesslich das ausgesprochene Bild einer chronischen Blutvergiftung zu bieten.

Führt uns also schon die Genese der Erkrankung an der Hand der Aetiologie durch Ausschluss anderer Momente zu Schlussfolgerungen, welche einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit beanspruchen dürfen, so sind wir auch im Stande, positive Thatsachen aufzuführen. Werfen wir einen Blick rückwärts auf die theils von uns, theils von anderer Seite beobachteten Symptome nach längere oder kürzere Zeit fortgesetzter Anwendung des Chloral-Hydrats, so finden wir da den grösseren Theil der in unserem letzteren Falle verzeichneten Erscheinungen angeführt, so namentlich die mannichfachsten Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute, die Aenderungen in der Gefässthätigkeit, endlich ausgesprochene tiefe Alterationen der Blutmischung, die in einigen Fällen an die Erscheinungen des Scorbut erinnern. Das Charakteristische in dem von uns gegebenen Krankheitsbilde liegt also weniger in an sich ganz neuen Symptomen, als vielmehr in der Vereinigung der mannigfaltigsten Symptome, die bisher nur ver-

einzelt beobachtet waren, in einem Individuum und in einer eminent gesteigerten Intensität derselben [1]).

---

[1]) Erst nach Vollendung meines Aufsatzes kamen mir die interessanten klinischen Beobachtungen über Chloral-Hydrat" von *Gellhorn* (diese Zeitschrift Bd. XXVIII. S. 624) zu Gesicht, weshalb sie in demselben nicht berücksichtigt sind. Haben sich seine Studien hauptsächlich nach anderen Richtungen hin verbreitet, so enthalten sie doch manche mit den meinigen übereinstimmende Beobachtungen, namentlich bezüglich des Auftretens von Exanthemen. Seine die Beachtung in hohem Grade verdienenden Mittheilungen über „allgemeine Abstumpfung der psychischen Thätigkeiten, über geistige Trägheit und Schlaffheit" nach chronischem Chloral-Gebrauch bin auch ich zu bestätigen im Stande.

Casuistik.

Casuistischer Beitrag zu den nervösen Nachkrankheiten der Pocken[1]. — Der Krankheitsfall, auf den Ihre Aufmerksamkeit zu lenken mir gestattet ist, gehört unter die Erkrankungen des Nervensystems, welche zuweilen im Gefolge der Pocken auftreten. Die Krankheitsform, die er repräsentirt, ist eine neue Entdeckung und ich glaube, diese mit einigem Rechte die meinige nennen zu dürfen. *Westphal* hat zuerst im letzten Hefte des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 4 Fälle derselben Art veröffentlicht. Der erste Fall kam ihm im April 1871 zur Beobachtung, während ich schon im Jahre 1869 den gleichfolgenden Status praesens aufnahm und schon damals die Affection in derselben Weise wie heute auffasste. Dass ich den Fall nicht schon damals mittheilte, hatte seinen Grund lediglich darin, dass ich wünschte, seiner Zeit ein vollständiges Bild einschliesslich des anatomischen Befundes liefern zu können. Nachdem nun aber durch die *Westphal*'sche Mittheilung die Discussion über die vorliegende Affection angeregt ist, muss ich auch meine Beobachtung zur Kenntniss bringen. Dieselbe hat vor den übrigen den Vorzug vielseitigerer Ausbildung und längerer Dauer und ist deshalb geeignet, über manche Punkte bessere Aufklärung zu geben.

Die Patientin, Therese Rudolf, ist 34 Jahre alt, frei von hereditärer Disposition zu Nervenkrankheiten; ihre Mutter starb im Puerperium; der Vater lebt noch und ist gesund. Sie hatte 8 Geschwister, von denen 5 theils in der ersten Kindheit, theils später an unbekannten Affectionen starben. Drei leben noch und sind gesund. Die Kranke weiss sich aus ihrer Kindheit und Jugendzeit keinerlei Erkrankung zu erinnern; im 16. Jahre zum erstenmal menstruirt, blieb sie es in stets regelmässiger normaler Folge. Im 24. Lebensjahre verheirathete sie sich und gebar im 2. Jahre der Ehe das erste Kind. Im Wochenbett erlitt sie eine fieberhafte Krankheit, deren Natur nicht mehr genau festzustellen ist, wahrscheinlich Peritonitis; nach 16wöchentlicher Dauer endigte dieselbe in vollständige Gene-

[1] Vortrag gehalten auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Strassburg.

sung. Anderthalb Jahre später erfolgte eine zweite normale Geburt mit normal verlaufendem Wochenbett. Im Juni 1868 erkrankte sie, nachdem kurz zuvor ihr Mann an den Blattern gestorben war, ebenfalls an diesem Exanthem, doch war dieses bei ihr nur eine sehr leichte Variolois. Sie will nur einzelne Pocken im Gesicht gehabt haben. In deren Gefolge trat jedoch eine mit Bewusstlosigkeit und heftigen Delirien einhergehende Cerebralaffection auf. Die Kranke selbst erinnert sich natürlich jener Zeit nicht, da sie angeblich 5 Wochen lang ohne Bewusstsein war. Als sie wieder zu sich kam, so giebt sie an, konnte sie weder reden, noch stehen, noch gehen, auch nicht allein essen; doch sagt sie ausdrücklich, dass sie nicht gelähmt gewesen sei; sie habe alle Bewegungen ausführen können, aber ein heftiges Zittern und eine grosse Unordnung in den Bewegungsacten, die sie nicht in der Gewalt gehabt, habe jene Verrichtungen unmöglich gemacht. Sie war anhaltend von Kopfschmerz geplagt, der sie von da ab nicht mehr verliess. Der behandelnde Arzt aus jener Zeit führt in einem Zeugniss unter diesen Folgezuständen auch Taubheit an; sie selbst läugnet mit aller Bestimmtheit, dass Schwerhörigkeit je bestanden habe. Die psychischen Functionen, insbesondere auch das Gedächtniss sollen in keiner Weise alterirt gewesen sein. Eine während jener Zeit bestehende Schwangerschaft hatte ihren Fortgang genommen und endigte $^1/_4$ Jahr später mit der Geburt eines 36wöchentlichen todten Kindes. Geburt und Wochenbett verliefen normal. Die motorischen Functionen hatten sich mittlerweile ein wenig gebessert; die Kranke konnte wieder langsam und undeutlich sprechen. Von da ab aber blieb trotz Anwendung der verschiedensten therapeutischen Agentien, worunter namentlich Jod- und Brompräparate, sowie die Electricität als Inductionsstrom, der Zustand unverändert. Auch ein 6wöchentlicher Gebrauch der Thermen in Baden blieb ohne Resultat. Die Menstruation war nach der letzten Geburt wiedergekehrt, doch unregelmässig, manchmal in 8—10wöchentlichen Intervallen bei kurzer Dauer und geringer Stärke. Später cessirte sie wieder ganz bis zum Eintritt in die Pforzheimer Anstalt. Der Stuhlgang war anfangs noch spontan eingetreten; später erfolgten die Entleerungen nur auf Abführmittel. Der Schlaf war von Anfang an schlecht und ist seitdem gleich geblieben. Seit Beginn der Krankheit sollen sich häufig vorübergehende oft äusserst intensive und lästige Hitzegefühle über mehr minder ausgebreitete Parthien des Körpers oder auch über dessen Totalität eingestellt haben; ihre Intensität habe mit der Zeit zugenommen. Die Körperernährung habe sich eher gebessert als vermindert.

Am 30. November 1869 wurde die Kranke in die Heil- und Pflegeanstalt zu Pforzheim aufgenommen und drei Wochen nachher der folgende Status praesens von mir notirt:

Patientin ist von mittlerer Statur, kräftig gebaut, besitzt gut entwickelte Muskulatur und reichliches Fettpolster. Die Haut ist weiss und feucht, ohne Blatternarben; deren Absonderung reich an stinkenden Fettsäuren.

Die Brust- und Unterleibsorgane, desgleichen Gefässsystem ohne Veränderung. Um so ausgeprägter sind die Störungen im Nervensystem. Das auffälligste ist eine hochgradige Ataxie. Die Kranke kann weder gehen, noch allein stehen; wird sie auf beiden Seiten unterstützt, so kann sie mühevoll einige Schritte machen, aber dieselben sind werfend, schleudernd; dabei werden die Füsse kaum vom Boden erhoben; in den Kniegelenken erfolgt keine Beugung, die ganze Bewegung wird pendelartig im Hüftgelenke ausgeführt; die Füsse stehen in starker Dorsalflexion und werden mit den Hacken zuerst aufgesetzt. Der Gang ist breitspurig und beständig droht ein Fallen nach rückwärts, da die Kranke mit dem Oberkörper nicht nachgeht. Hat sie nach längerem Balanciren einen Standpunkt gewonnen, so kann sie stehen, wenn sie am Rücken gestützt wird; doch zeigt sie dabei ein fortwährendes Schwanken ebenfalls mit Neigung rückwärts zu fallen. Augenschluss vermehrt das Schwanken nicht.

Die Bewegungen der Arme geschehen in einzelnen durch kleine Pausen getrennten Bewegungsabschnitten, stossweise mit unsicherem Suchen, wenn sie nach einem Gegenstand greift; bald fehlt sie nach der einen, bald nach der anderen Seite, bald schiesst sie über das Ziel hinaus. Die Bewegungen vollziehen sich langsam. Es vergeht ein messbares Intervall zur Umsetzung der Vorstellung in Bewegung und diese selbst läuft langsam ab. Gewöhnlich folgt ihr ein kleiner Nachschlag. Erfasst sie einen Gegenstand, so spreizen sich in unsicherem Probiren die Finger und gewinnen erst nach wiederholten falschen oder vergeblichen Versuchen eine immerhin ungeschickte, aber doch brauchbare Stellung. Am auffälligsten springt diese Ungeschicklichkeit bei kleinen Gegenständen z. B. Nadeln in die Augen, die sie nicht mit der Spitze der Finger, sondern meist mit der Innenfläche der 2. Phalangen erfasst. Hat sie den Gegenstand einmal, dann hält sie ihn auch bei geschlossenen Augen sicher; dabei macht die Grösse des Gegenstandes keinen Unterschied. Nicht minder auffällig ist ein Tremor, der, in der Ruhe vollständig fehlend, sofort sich einstellt, wenn die Kranke eine Bewegung ausführt. Besonders heftig wird er bei psychischer Erregung. Er ist so stark, wie er bei der hochgradigsten Paralysis agitans vorkommt und ist in seiner Erscheinungsweise mit dieser so identisch, dass wirklich von dem ersten Arzte diese Diagnose gestellt worden war. Derselbe tritt nicht nur in dem Gliede auf, das die Bewegung ausführt, sondern geht auch auf andere Theile über, so namentlich participiren an demselben immer die Nackenmuskeln; bei jeder Bewegung irgend eines Theiles stellt sich ein mehr weniger heftiges Schütteln des Kopfes ein, das ausschliesslich aus Rotationsbewegungen besteht. Am schwächsten ist das Zittern an den unteren Extremitäten. Nystagmus besteht nicht. Doch bleiben die Augen, wenn die Kranke etwas erregt spricht oder eine starke Willensanstrengung erfordernde Bewegung macht, nicht lange ruhig, sondern machen öftere durch längere Pausen getrennte seitliche Bewegun-

gen. Wenn dazu aufgefordert kann die Kranke längere Zeit die Augen auf einen vorgehaltenen Gegenstand ruhig fixiren.

Sehr bemerkenswerth ist die Sprache. Die Worte werden unter sichtlicher Anstrengung, man möchte sagen, hervorgequetscht; dabei sind die Mundbewegungen ganz abnorm; man würde im gewöhnlichen Leben sagen, sie nimmt den Mund recht voll; derselbe wird etwas vorgestreckt und gerundet und dann gewöhnlich nach der ersten ausgesprochenen Silbe convulsivisch in die Breite gezogen, doch so dass er immer geöffnet bleibt und die Zähne sichtbar lässt. Das Spiel der ganzen dabei betheiligten Muskulatur ist ein sehr lebhaftes. Die Sprache ist schwerfällig, undeutlich articulirt, kaum zu verstehen, sehr langsam, scandirend. Zwischen jeder Silbe wird eine Pause eingeschoben. Jeweils nach 3, höchstens 4 Worten je nach der Länge derselben erfolgt eine tiefe schluchzende Inspiration. Die einzelnen Buchstaben werden alle richtig ausgesprochen. Die Stimme liegt stets in derselben Tonhöhe und entbehrt jeder Modulation. Dem entsprechend kann die Kranke auch nicht singen. Fordert man sie auf etwa den Klang etwas tiefer als gewöhnlich anzugeben, so gelingt ihr dies trotz aller Mühe nicht; bei grosser Anstrengung dagegen vermag sie ihn etwa $^1/_2$ Ton höher zu treffen; aber noch ehe der Ton sich ordentlich entwickelt hat, sinkt sie sofort auf die gewöhnliche Höhe herunter. Der höhere Ton erscheint nur als ein Vorschlag von unmessbar kurzer Dauer und hat einen krächzenden unreinen Charakter. Einen noch höheren Ton vermag sie überhaupt nicht zu erreichen.

Das Lachen und Weinen der Kranken ist von den gleichen schluchzenden Inspirationen wie das Sprechen unterbrochen. Die Zunge wird gerade und ohne Zittern vorgestreckt, die Schlingbewegungen sind ungestört.

Die Muskelkraft ist etwas geschwächt, was sowohl am Händedruck als am Widerstand gegen passive Bewegungen leicht erkannt werden kann.

Die Electrocontractilität vom Nerven und Muskel aus auf inducirten und constanten Strom ist unverändert. Ebenso die Electrosensibilität. Die Tastempfindung ist gut erhalten. Nicht nur werden die Qualitäten derselben ganz scharf und richtig angegeben, auch die Empfindungsstärke entspricht jeweils der Reizgrösse bis zur kleinsten herab. Die Localisation ist keine ganz sichere; doch ist diese Unsicherheit wohl dadurch bedingt, dass die Kranke in Folge der Ataxie in der Ausführung der gewollten Bewegungen über oder unter dem beabsichtigten Maasse bleibt und so der zeigende Finger die Stelle verfehlt. Der Drucksinn ist fein; sie unterscheidet sehr kleine Differenzen der angehängten Gewichte und giebt selbst das Maass dieser Differenzen annähernd richtig an. Auch das Muskelgefühl ist ganz intact. Das Maass jeder Bewegung wird genau empfunden; giebt man einer Gliedmaasse eine bestimmte Stellung und fordert die Kranke auf, die andere in die gleiche Stellung zu versetzen, so vermag sie dies anfangs zwar in nicht vollkommener Weise, weil die Ataxie auch hierbei wieder

über das Ziel hinausschiessen lässt, aber sie corrigirt den Fehler sogleich unaufgefordert und stellt dann ziemlich richtig ein. Nur über die seitlichen Bewegungen der Zehen ist sie sich nicht klar bewusst, da sie dieselben meistens für Beugungen hält. Eine eigenthümliche Erscheinung ist bei diesen Versuchen, dass die Kranke bei Berührung der einzelnen Zehen, jeweils jeder die nächst höhere Ordnungszahl beilegt als ihr zukommt. So bezeichnet sie die 2. als 3. u. s. f. Die kleine Zehe allein bezeichnet sie richtig. Die Prüfung der Empfindungskreise scheitert an zu rascher Ermüdung der Kranken und dann mangelnder Aufmerksamkeit. Das Gebiet der höheren Sinnesnerven ist intact; insbesondere erwähne ich, dass keine Schwerhörigkeit besteht. Die Augen sind stark myopisch, im Uebrigen ist das Sehen gut. Doch kann die Kranke beim Lesen die Zeilen nicht festhalten und kommt sofort in eine falsche, wenn sie nicht mit dem Finger nachgeht. Die Pupillen sind meistens weit.

Oefters, oft einigemale in 24 Stunden werden einzelne mehr minder ausgedehnte Körperparthien, darunter immer Kopf und Rücken von neuroparalytischen Hyperämien mit starkem Hitzegefühl befallen, die verschieden lange andauern und durch Faradisiren des Sympathicus am Hals meistens vorübergehend gebessert werden.

Die Stimmung der Kranken ist zumeist eine depressive. Sie weint viel, verzweifelt an jeder Besserung, fühlt sich stets in jeder Hinsicht unglücklich; sie ist ungemein rührbar, weich, aber auch reizbar und empfindlich. Sie setzt stets Missmuth und Mangel an Wohlwollen bei der Umgebung voraus und deutet nicht nur die gleichgiltigsten Vorkommnisse in diesem Sinne, sie findet selbst in Begünstigungen Seiten, denen sie diese Auffassung abgewinnt. Zeitweilig erreicht ihre Verstimmung einen so hohen Grad, dass sie gegen Alles feindlich reagirt, ja selbst schon Tage lang die Nahrung verweigert hat. Dazwischen befällt die Kranke zuweilen ein heftiges ganz unmotivirtes Lachen, von dem sie selbst aussagt, dass es nie ihr Ernst sei; es komme plötzlich ohne dass sie es wolle, über sie. Ihre Intelligenz ist unverändert; Vorstellen und Urtheil gesund, Gedächtniss wohl erhalten. Hallucinationen oder Wahnvorstellungen bestehen nicht. Der Ausdruck ihrer Gedanken erfolgt langsam, doch scheint dies mehr auf Rechnung einer Verlangsamung in der Leitung als auf einer Schwierigkeit des Denkens als Ausdruck geistiger Schwäche zu setzen zu sein.

Die Menstruation stellte sich bald nach der Aufnahme in die Anstalt ein, dauerte jedoch nur einige Stunden und war sehr schwach. Der Stuhlgang erfolgt meistens spontan alle 4—6 Tage. Der Schlaf ist stets leise und kurz. Von subjectiven Störungen bestehen nur anhaltende Kopf- und Rückenschmerzen, dann und wann Schwindel und das schon genannte Hitzegefühl.

So blieb der Zustand lange unverändert. Noch 1½ Jahre später fand ich ihn wie eben geschildert; in der Folge aber milderten sich einzelne der Erscheinungen. Wann diese Besserung begann, vermag ich nicht an-

zugeben, weil die Kranke durch Versetzung in eine andere Abtheilung meiner Beobachtung entzogen war. Nach ihren eigenen Mittheilungen und denen ihrer Umgebung vollzog sich dieselbe so allmälig, dass der Zeitpunkt des Beginns überhaupt nicht zu bestimmen sei. Sie schritt so langsam und allmälig fort, dass sie sich unmittelbarer Beobachtung ganz entzog und nur durch Vergleichung des Befundes von durch mehrere Monate getrennten Zeitabschnitten zu constatiren war. Am 1. April dieses Jahres besuchte ich die Kranke nach Verlauf fast eines Jahres zum ersten Mal wieder und erkannte sofort eine unzweifelhafte Besserung. Am meisten sprang mir in die Augen der Nachlass des Zitterns und der Ataxie. Der Kopf steht jetzt, auch wenn die Kranke aufrecht sitzt und bei mässigen Bewegungen vollkommen ruhig; erst wenn die Kranke heftigere, anstrengende Bewegungen ausführt, erscheint wieder Wackeln des Kopfes, ausschliesslich aus rotirenden Bewegungen von sehr kleiner Amplitude bestehend. Die gestreckten Beine können in horizontaler Lage sowohl als im Sitzen gut, ohne Zittern und ohne atactische Störung emporgehoben werden. Die Hände, wenn ausgestreckt stehen fast ganz ruhig, nur ein minimales Zittern ist noch zu bemerken; auch beim Greifen und Erfassen vermehrt sich das Zittern nur wenig. Das Greifen geschieht in directer Richtung auf den Gegenstand und beim Erfassen findet sie sich etwas schneller zu recht. Dasselbe geschieht noch immer sehr ungeschickt, kleine Gegenstände erfasst sie noch immer nicht mit den Fingerspitzen, sondern mit der Beugefläche der 1. oder 2. Phalanx. Seit längerer Zeit isst sie ganz erträglich allein. Zu stehen vermag die Kranke ohne Stütze am Rücken noch nicht; mit solcher aber steht sie jetzt ziemlich fest ohne Schwanken; erst bei Gehversuchen stellt sich ein Zittern der Beine ein. Der Gang ist noch wie früher breitspurig und in allen Bewegungen heftig, stossend. Die Bewegung der Beine geschieht noch ausschliesslich pendelartig im Hüftgelenk, ohne Kniebeugung bei starker Dorsalflexion des Fusses und dieser wird mit den Hacken zuerst aufgesetzt. Aber die atactischen Schleuderbewegungen fehlen jetzt und die Kranke ist nun im Stande, wenn sie sich mit einer Hand an einer festen Stütze z. B. der Wand der Bettstatt, halten kann, einige Schritte zu gehen. Sie turnt jetzt, so muss ich es nennen, allein aus dem Bett, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen und kehrt allein in dasselbe zurück. Unterstützt man sie an beiden Armen, so kann sie, freilich äusserst langsam und vorsichtig auch eine etwas grössere Strecke gehen. Jetzt untersuchte ich die Kranke auch, durch die Mittheilung *Westphal's* aufmerksam gemacht, noch etwas näher auf die schon erwähnte Ungeschicklichkeit einzelner Fingerbewegungen. Ich fand sie ganz wie dort beschrieben. Den Zeigefinger allein zu biegen gelingt ihr noch, aber erst nach wiederholten Versuchen und nach Ablauf geraumer Zeit, während deren man deutlich beobachten kann, wie die Kranke sich bemüht, ohne dass erst noch der Finger dem Impulse gehorcht. Aber die Finger einzeln nach einander zu bewegen vermag sie nicht; mit sichtlicher Mühe und grosser

Langsamkeit gelingt es ihr bei solchen Versuchen den Zeigefinger allein zu heben, dann aber fallen die 3 übrigen Finger in eine Bewegung zusammen. Jeder einzelne Bewegungsact dieser Art hat das Eigenthümliche, dass ihm ein kleiner Nachschlag, gewissermaassen eine Wiederholung derselben Bewegung, folgt, ganz in derselben Weise wie es auch beim Gesunden geschieht, wenn er eine bisher ungewöhnte Bewegung ausführen will. Dieselbe Langsamkeit und Ungeschicklichkeit ist auch bei den gröberen Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten zu erkennen, hier aber fehlt der bei den Fingern erwähnte Nachschlag. Die Sprache hat noch den gleichen Charakter wie früher, nur ist sie etwas deutlicher. Die Sensibilität ist unverändert geblieben. Ebenso das Gebiet der höheren Sinnesnerven; insbesondere ist der Augenspiegelbefund ein normaler, die neuroparalytischen Hyperämien kommen noch täglich mit grösserer Intensität. Das Hitzegefühl verbreitet sich über den ganzen Körper, insbesondere an den Händen und Füssen ist es so heftig, dass die Kranke glaubt, sie müssten verbrennen. Weniger stark sind die Extremitäten geröthet, während noch immer Kopf und Brust von einer tiefen Röthe überzogen werden. Das Entstehen erfolgt rasch, das Verschwinden allmälig, die Dauer beträgt manchmal über $^1/_2$ Tag. Eine bestimmte Regelmässigkeit in den Erscheinungen oder bestimmte Veranlassungen sind nicht vorhanden.

Resümiren wir die Hauptsymptome, welche der vorliegende Fall darbietet, so sind es folgende: 1) Ataxie der Bewegungen, 2) Langsamkeit und Ungeschicklichkeit in der Ausführung derselben, 3) Wiederholung der einzelnen Bewegungsacte in Form eines Nachschlages, 4) Tremor, 5) Sprachstörung und Veränderung der Stimme, 6) Psychische Veränderungen, 7) Neuroparalytische Hyperämien, 8) Subjective allgemeine Cerebral- und Spinalerscheinungen (Kopfweh, Schwindel und Schmerzen im Kreuz). Wir wollen diese Erscheinungen der Reihe nach einer gesonderten Betrachtung unterziehen.

Die Ataxie kommt im vorliegenden Fall nicht isolirt zur Erscheinung; sie mischt sich mit den Störungen der 2., 3. und 4. Art. Gleichwohl kann sie von diesen durch die Eigenthümlichkeit der durch sie bedingten Bewegungsanomalien leicht getrennt werden. Die Kranke vollzieht die Bewegungen der Arme mit unsicherem Suchen nach dem zu erfassenden Gegenstande, indem sie bald nach der einen, bald nach der anderen Seite hin verfehlt, oft über das Ziel hinausschiesst. Sie ist im Stande, wenigstens zu gröberen Bewegungen die Muskeln einzeln zur Contraction zu bringen, z. B. Beugungen oder Streckungen vorzunehmen und wenn auch solche Bewegungen langsam und sichtlich erschwert eintreten, so erfolgen sie doch vollständig; aber die combinirte Action mehrerer Muskeln oder Muskelgruppen ist gestört und gerade diese Störung des harmonischen Zusammenwirkens bildet ja das Charakteristische der Ataxie. Das Eigenthümliche dieser Störung gegenüber den anderen Bewegungsanomalien dieses Falles wird deutlich demonstrirbar durch Betrachtung des weiteren Verlaufs; denn

in der letzten Zeit ist die Ataxie nur noch sehr gering und lässt die übrigen Störungen reiner in die Erscheinung treten. Das Greifen nach einem Gegenstand geschieht jetzt nicht mehr in Zickzacklinien, sondern allerdings äusserst langsam und schwerfällig in ziemlich directer Richtung auf den Gegenstand, sie schiesst nicht mehr über das Ziel hinaus; erst wenn sie an demselben angekommen ist, beginnt die Verlegenheit in der Art des Erfassens, wie oben beschrieben. Diese Ataxie betraf anfangs obere und untere Extremitäten und die Gesichtsmuskulatur, deren ungemein lebhaftes verzerrendes Spiel als ihr Ausdruck wohl zu betrachten ist. Die folgende Besserung betrifft vorzüglich die oberen Extremitäten; in den Beinen tritt sie jetzt nur noch beim Gehen, nicht mehr bei Bewegungen der horizontalen Lage deutlich sichtbar hervor. In der Gesichtsmuskulatur hat sich nichts geändert. Augenschluss vermehrte dieselbe zu keiner Zeit. Die Langsamkeit in den Bewegungen ist während der ganzen Krankheitsdauer in gleicher Weise vorhanden gewesen; sie fällt ihrer Natur nach zusammen mit dem langsamen Ablauf der psychischen Thätigkeiten, da auch diese zu ihrer Aeusserung einer Umsetzung in Bewegung bedürfen. Es ist deshalb unmöglich zu entscheiden, ob und in wie weit den letztgenannten Vorgängen ebenfalls eine Verlangsamung ihres Ablaufs zuzuschreiben ist. Hinsichtlich der Bewegung ist gegenüber den von *Westphal* beobachteten Fällen hervorzuheben, dass nicht nur die Uebertragung des Willensimpulses auf die betr. Bewegungscentren, sondern dass auch die Bewegung selbst in verlangsamtem Ablauf sich vollzieht. *Westphal* hat als Grund für den späten Eintritt der Bewegung angenommen, dass die richtige Combination der Erregungen zur Ausführung des Bewegungsactes erst gefunden werden muss. Es würde dies eine bewusste Auswahl voraussetzen, die durch Einübung gar rasch geschieht, hier aber verlernt sein müsste und deshalb längere Zeit in Anspruch nähme. Ich glaube, dass bei den unbewussten Vorgängen der Nervensynergien davon nicht die Rede sein kann. Der Vorgang beim Angreifen des Willensimpulses an die motorischen Centren ist zweifellos gestört und erschwert; aber diese Erscheinung besteht nach meiner Ansicht nicht in einer Combinationsstörung, sondern in einer Verlangsamung der Umsetzung, einer Verlangsamung der Leitung. Der verlangsamte und abschnittsweise Ablauf der Bewegungen selbst nöthigt uns jedenfalls Leitungs-Widerstände in der Peripherie anzunehmen, sei es im Muskel oder im Nerven. *Leyden* hat in einem der Aetiologie nach ganz verschiedenen, dem klinischen Bilde nach aber analogen Fall direct durch Messung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit im Nerven die Verlangsamung der Leitung nachgewiesen. Bestehen aber Leitungswiderstände im peripherischen Nervensystem, so halte ich mich berechtigt, sie auch im centralen anzunehmen, wenn diese Annahme, wie der Fall, die von dort gesetzten Erscheinungen erklärt. Ich nehme deshalb für die beiden bei der Verlangsamung der Bewegung betheiligten Factoren eine Erschwerung der Leitung an. Anders ist es mit der Ungeschicklichkeit, gewisse früher geläufige

Bewegungen auszuführen. Diese Störung macht sich vorwiegend an den Fingern bemerklich. Sie besteht darin, dass einzelne Bewegungsacte nur sehr schwer ohne unnütze Mitbewegungen ausgeführt werden können, dass dies wenn überhaupt nur nach wiederholten Versuchen und mit grosser Steifigkeit und Schwerfälligkeit gelingt. Es ist dieselbe Schwierigkeit, die sich Jedem, der das Klavierspiel erlernen will, der Ausführung eines Trillers entgegenstellt. Dabei geschieht es auch dem Gesunden häufig, dass der ersten Bewegung ein Nachstoss, eine schwächere Wiederholung folgt. Bei unserer Kranken haben wir diese Nachbewegung ebenfalls constatirt. Die Ungeschicklichkeit und Schwerfälligkeit klebt auch den gröberen Bewegungsacten an und sind somit auch diese Störungen im Allgemeinen, die sich an den Fingern nur wegen der grösseren Feinheit der Bewegungen prägnanter ausspricht. Für sie kann nur eine mangelhafte Isolirung des Willens in Anspruch genommen werden. Die Neigung der Nerven zu Associationen ist bekannte Thatsache. Nur durch längere Uebung lernen wir unabsichtliche Bewegungen, welche sich leicht mit intendirten einstellen, vermeiden. Das Resultat solcher Uebung ist gewissermaassen unserer Kranken wieder verloren gegangen, sie ist auf einen früheren Zustand zurückgekehrt. Hier handelt es sich zweifellos um eine fehlerhafte Uebertragung der zur Ausführung des Bewegungsactes nöthigen Erregungen, zumeist wohl um ein Uebergreifen der synergistischen Innervation.

Die Sprache ist sehr charakteristisch. Sie ist sehr langsam, mangelhaft articulirt, coupirt; zwischen jeder Silbe ist eine kleine Pause eingeschaltet und nach jeweils 3—4 Worten folgt eine schluchzende Inspiration. *Westphal* hat in seinen Fällen diese letztere nicht beim Sprechen, wohl aber beim Lachen, wo sie auch in unserem Falle bestand, beobachtet. Die einzelnen Buchstaben werden richtig ausgesprochen. Dagegen ist die Stimmlage stets in gleicher Höhe und die Kranke vermag nicht zu singen. Diese Erscheinungen sind während des ganzen Krankheitsverlaufes im Wesentlichen unverändert geblieben; nur die Articulation hat etwas gewonnen, daher die Sprache etwas deutlicher und verständlicher ist. Die Langsamkeit und die Pausen in der Sprache erklären sich hinreichend aus der Verlangsamung der Leitung. Wie alle Bewegungen langsam ablaufen, so auch die der am Sprechen betheiligten Muskeln, daher das lange Verweilen auf einer Silbe, und die Verlangsamung im Angreifen des Willensimpulses erklärt genügend die Pausen zwischen den einzelnen Silben, die jeweils eine andere Einstellung jener Muskeln verlangen. Für die schluchzenden Inspirationen habe ich keine beweisende Erklärung. *Leube* hat sie in einem Fall multipler Sclerose beobachtet und aus einer Schwäche der die Glottis öffnenden Mm. cricoarytaenoidei postici erklärt, die sich bei der Exspiration noch nicht zusammengezogen hätten, wodurch die Stimmbänder in tönende Schwingungen versetzt werden. Diese Erklärung ist auch für unseren Fall annehmbar wenn wir für Parese die beschriebene Verlangsamung, Schwerfälligkeit und Ungeschicklichkeit der Muskelbewegungen setzen, aus

der die Verspätung der Contraction jener Muskeln sich genügend begreifen lässt. Endlich hätten wir als letztes Symptom unter den Störungen der Motilität noch den Tremor zu betrachten. Derselbe begleitet jede Bewegung und ist um so heftiger, mit je grösserer Intensität und Aufmerksamkeit diese ausgeführt wird. Auch der Affect verstärkt denselben. Aber sobald das afficirte Glied durch eine Unterlage unterstützt wird, hört das heftigste Zittern sofort auf, daher es auch bei ruhiger Lage vollständig fehlt. Die Zitterbewegungen sind durchgängig von kleiner Amplitude, kein eigentliches Schütteln, kein Schleudern. Am Kopf ist es am auffälligsten und stärksten und hier besteht es vorwiegend aus rotirenden Bewegungen; nickende fehlen vollständig. Sie haben die grösste Aehnlichkeit mit Paralysis agitans. Im Verlaufe der Krankheit hat dieses Symptom sich wesentlich vermindert; nur bei Bewegungen von etwas grösserer Intensität und bei stärkeren psychischen Erregungen tritt es deutlich hervor und erreicht überhaupt nicht mehr den früheren Grad.

Ueber die Veränderungen in der psychischen Sphäre ist wenig beizufügen. Die grosse Labilität der Stimmung, die ungewöhnliche Rühr- und Reizbarkeit waren auch in zweien der *Westphal*'schen Fälle vorhanden und wie in einem jener Fälle diese mit abnormer Heiterkeit abwechselten, so treten auch bei unserer Kranken zuweilen unmotivirte Lachparoxysmen auf. Die in jenen beiden Fällen erwähnte Gedächtnissschwäche für Zahlen fehlt hier, wo sich stets eine unversehrte Intelligenz erhielt. Der Verlauf dieser psychischen Störung ist ebenfalls durch eine allmälige geringe Abnahme charakterisirt.

Die neuroparalytischen Hyperämien haben sich während der ganzen Krankheitsdauer auf der gleichen Höhe erhalten. Die Affection hat die grösste Aehnlichkeit mit dem nach Chloralgebrauch beobachteten von *Schüle* beschriebenen sog. Rash; wie dieser befällt auch jene vorzugsweise und in erster Linie den Kopf und verbreitet sich je nach der Intensität des Ausbruchs verschieden grosse Strecken abwärts aus. Sie ist jedenfalls der Ausdruck einer Störung im vasomotorischen Nervengebiete. Die grosse Ausbreitung der Hyperämien lässt eine Affection des Sympathicus in seinem Verlaufe ausschliessen, vielmehr die Annahme rechtfertigen, dass der Anstoss zu dieser abnormen Innervation aus den Centralorganen abzuleiten und aus einem Lähmungszustand des Gefässnervencentrums im verlängerten Marke zu erklären ist.

Bei einer Vergleichung der Erscheinungsreihe, welche die 5 analogen Fälle von *Westphal* darboten, mit der Symptomengruppe unseres Falles, zeichnet sich dieser durch eine höhere Ausbildung aus. Der von *Westphal* zusammengestellte Symptomencomplex resultirte nur aus der Zusammenstellung der einzelnen Fälle, von denen jeder jeweils nur einen grösseren oder geringeren Theil jener Erscheinungen aufwies. In unserem Fall sind dieselben alle vereinigt, stärker und prägnanter ausgebildet und ausserdem durch 3 weitere Symptome, die neuroparalytischen Hyperämien, die Seh-

störung und die subjectiven Cerebralerscheinungen vermehrt. Es kann deshalb meiner Meinung nach dieser Fall als ein Paradigma für die fragliche Krankheitsform betrachtet werden.

Und eben diese vollständigere Ausbildung lässt nun auch viel prägnanter und augenfälliger die Aehnlichkeit mit einer Krankheit in die Erscheinung treten, die ebenfalls eine Entdeckung der jüngeren Jahre ist und die ich Ihnen kaum zu nennen nöthig habe. Jeder von Ihnen hat gewiss während der Schilderung des Krankheitsbildes an die multiple Hirn- und Rückenmarksclerose gedacht und in der That ist die Aehnlichkeit eine frappante. Ich selbst hätte sicherlich bei der Aufnahme der Kranken diese Diagnose gestellt, wenn mir nicht die Entstehungsweise bekannt gewesen wäre und ich pflegte bisher stets den Fall mit jenem Namen zu belegen, weil er der einzige unter den verfügbaren war, welcher wenigstens ein annähernd richtiges klinisches Bild zu geben vermochte. Damit will ich jedoch keineswegs die beiden Krankheitsbilder identificiren. Davor schützt schon von vornherein die so ganz verschiedene Entstehungsweise, die auf eine wesentlich verschiedene Natur beider hinweist und uns eine Aufforderung ist, durch einen eingehenden Vergleich der Symptome zu suchen, ob nicht auch durch sie allein eine differentielle Diagnose möglich sei.

Beiden Formen ist die eigenthümliche Störung der Sprache und Stimme gemeinsam. Da und dort ist die Sprache langsam, scandirend, durch Pausen unterbrochen, da und dort sind juchzende Inspirationen verzeichnet. Die Stimme ist bei beiden monoton, aber in diesem Punkte liegt eine Differenz vor. Bei multipler Sklerose sind die Kranken, wie ich selbst in 2 Fällen, wovon einer höchst exquisit, beobachtet habe, stets im Stande, die Tonhöhe und zwar noch ziemlich ausgiebig zu verändern. Sie wählen freiwillig wegen einer Schwäche der Kehlkopfmuskulatur, wie *Leube* sagt, die Ihnen bequemste Stimmlage. In unseren fraglichen Fällen waren sie hierzu stets ganz ausser Stande, sie wählten nicht die bequemste, sondern die einzig mögliche Stimmlage. Es könnte scheinen, als ob hier nur ein gradweiser Unterschied vorläge. Allein, wenn wirklich, wie man nach laryngoscop. Befunde annimmt bei der multiplen Sklerose die Ursache dieser Erscheinung eine Parese der Kehlkopfmuskeln ist, so haben wir es mit wesentlich verschiedenen Zuständen zu thun. Denn in den in Rede stehenden Fällen kommen nirgends Paresen vor; bei diesen kann die fragliche Erscheinung nur auf die oben beschriebene motorische Ungeschicklichkeit bezogen werden, welche es unmöglich macht, feinere Bewegungen exact und rein auszuführen, insbesondere, wie an den Fingern demonstrirt, einzelne Muskeln für sich oder der Reihe nach zur Contraction zu bringen. Dadurch werden die zur Modulation erforderlichen feinen und exacten Veränderungen der Stimmbandlage unmöglich, während dort ein höheres Maass aufgewendeter Innervationskraft im Stande sein wird, die Parese zu neutralisiren. Der Parese in einem Fall steht eine Coordinationsstörung im ande-

ren Fall gegenüber. Ich begnüge mich übrigens damit, darauf aufmerksam gemacht zu haben und gebe zu, dass die bis jetzt vorliegenden Beobachtungen noch nicht genügen, um ein giltiges Urtheil hierüber zu fällen.

Das Zittern gehört ebenfalls beiden Krankheitsbildern an; gemeinsam ist beiden die Besonderheit, dass es nur bei ausgeführten oder beabsichtigten Bewegungen und im Affecte auftritt, für beide das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal von Paralysis agitans. Bei der multiplen Sklerose kommt es in verschiedenen Graden vor; in den niedersten besteht es bloss aus kleinen Oscillationen, in den höchsten entwickelt es sich zu förmlichen Schleuderbewegungen mit sehr grosser Amplitude, zu wirklichen klonischen Krämpfen. Bei unserer fraglichen Affection sind bis jetzt nur kleine Oscillationen beobachtet, so auch in dem heute mitgetheilten Falle, der doch in jeder anderen Beziehung so hochgradig entwickelt ist. Es scheint mir deshalb, als ob bei dieser Affection überhaupt nur die kleinen Oscillationen vorkommen. Das Zittern des Kopfes bietet auch hinsichtlich der Bewegungsrichtung eine kleine Differenz, insofern bei multipler Sklerose vorwiegend nickende, in unseren Fällen vorwiegend rotirende Bewegungen beobachtet werden. Doch ist dieser Unterschied kein durchgreifender, da Nickbewegungen auch hier, rotirende auch dort vorkommen.

Von grösserer Bedeutung scheint mir die dritte Art der Motilitätsstörungen. Diese sind nämlich bei der multiplen Sklerose, abgesehen von den im späteren Stadium eintretenden Lähmungen, Contracturen u. dgl. lediglich aus Ataxie und Tremor zusammengesetzt. Eine Verlangsamung der Bewegungen ist hier und da angedeutet, aber von der beschriebenen Schwerfälligkeit und Ungeschicklichkeit der Bewegungen ist nirgends die Rede. Auch ich habe mich in meiner Beobachtung davon überzeugt, dass diese Störung nicht vorhanden war. Auf der anderen Seite giebt sie aber gerade unserem Falle ein so charakteristisches Gepräge, namentlich jetzt, wo sie von den atactischen Störungen weniger markirt ist. Ich halte dieses Symptom für ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal. Es ist so auffällig, dass ich bei der ersten Untersuchung, als ich noch weit entfernt war, über die physiologisch-pathologische Deutung der Erscheinungen nachzudenken, mich dahin aussprach, dass fast das ganze Krankheitsbild gegeben sei, wenn man es als eine Störung der Willensleitung bezeichnete. Auch der Nachschlag bei den Bewegungen ist den Fällen vorliegender Art eigen, in keiner der Beobachtungen über multiple Sklerose erwähnt, in meiner sicher nicht vorhanden.

Auch die neuroparalytischen Hyperämien fehlen bei der multiplen Sklerose, wenn man nicht etwa inconstante geringe analoge Erscheinungen im Terminalstadium dieser Krankheit hieher zählen will. Jedenfalls können sie bei der diagnostischen Frage nicht in Rechnung kommen.

Fehlen aber der multiplen Sklerose Erscheinungen, welche der in Rede stehenden Affection eigen sind, so gehen auch andererseits dieser Symptome ab, welche bei jener nicht vermisst werden. Vor Allem ist der Nystagmus

zu erwähnen, nach den französischen Autoren für die Sklerose ein Merkmal von besonderer Dignität, das bis jetzt in keinem einzigen Falle gefehlt hat. In unserem Falle ist es nie vorhanden gewesen, auch in keiner der *Westphal*'schen Beobachtungen wird es erwähnt. Ich wiederhole noch einmal, dass die früher genannte Unruhe der Augen bei lebhafter Gliederbewegung nicht im Entferntesten an Nystagmus denken lässt, sondern nur als Mitbewegung aufzufassen ist, somit als Theilerscheinung der allgemeinen Coordinationsstörung.

Endlich unterscheiden auch die psychischen Veränderungen die beiden Affectionen. Bei multipler Sklerose stellt sich in allen Fällen im späteren Verlaufe Apathie, Abnahme des Gedächtnisses und grössere geistige Schwäche ein, in unserem und den analogen Fällen erhält sich eine ungetrübte Intelligenz und die ganze psychische Stimmung bleibt auf Stimmungsanomalien beschränkt.

In den Verhältnissen der Sensibilität treffen wieder beide Krankheitsformen zusammen; in beiden ist, bei der multiplen Sklerose wenigstens gewöhnlich und annähernd die Hautsensibilität und Muskelgefühl intact; ebenso ist die Abnahme der Sehkraft in den meisten Fällen von multipler Sklerose verzeichnet. Leider fehlt für viele dieser der ophthalmoscopische Befund, daher das normale Augenspiegelbild unseres Falles keine Verwerthung finden kann, gegenüber der in mehreren jener Fälle constatirten Atrophie des Sehnerven.

Endlich kommen bei der multiplen Sklerose tonische Krämpfe, Contracturen, kautschukähnliche Steifigkeit der Glieder und Lähmungen vor, lauter Symptome, die in unserem und den analogen Fällen nicht beobachtet sind. Wollte man dem Fehlen dieser bei der multiplen Sklerose allein beobachteten Erscheinungen den Werth als Unterscheidungsmerkmal deshalb absprechen, weil diese alle erst im späteren Verlaufe jener Krankheit auftreten, von unseren in Rede stehenden Fällen aber noch keiner den Ausgang erreicht hat, daher etwa ein späterer Eintritt derselben noch für möglich gehalten werden dürfte, so ist dem entgegenzuhalten, dass diese Affection acut entsteht und sofort mit all' den Symptomen in die Erscheinung tritt, die auch im späteren Verlaufe beobachtet werden, dass dieser nichts weniger als progressiv ist und bisher nicht nur kein weiteres Symptom sich hinzugesellt hat, sondern selbst einige derselben zurückgegangen sind.

So bleiben denn als wirklich gleichartige Symptome beider Affectionen nur noch die Ataxie, die Sprachstörung und die subjectiven allgem. Cerebralerscheinungen übrig. Die Unterschiede hinsichtlich des Tremor und der Veränderung der Stimme sind theils zu sehr relativer Natur, theils noch nicht gesichert genug, um sie zu einer differentiellen Diagnose benutzen zu können. Dagegen dürften die Verlangsamung und Ungeschicklichkeit

der Bewegungen, der Nachschlag bei denselben, das Fehlen von Nystagmus und Krämpfen etc., eine wohlerhaltene Intelligenz und neuroparalytische Hyperämien als unserer vorliegenden Affection allein zukommend im gegebenen Fall für diese und gegen multiple Sklerose sprechen. In den meisten Fällen wird jedoch die Aufgabe einer differentiellen Diagnose gar nicht an uns herantreten, weil schon die Entstehungsweise und der Verlauf, die meistens bekannt sein werden, beide Affectionen auf das Strengste scheiden; bei multipler Sklerose Entstehung ohne bekannte Ursache und Veranlassung, allmälig, schleichend sich ausbildend, progressiver Verlauf von äusserster Chronicität, hier: acute Entstehung nach acutem Exanthem mit sofort in seiner Gesammtheit ausgebildetem Symptomencomplex und stationäres Beharren oder langsame Rückbildung.

Die Ursache war in unserem Falle Variolois; in 4 Fällen von *Westphal* ebenfalls, in einem jener Fälle Typhus. Weitere Fälle sind nicht bekannt. Doch sind einzelne der Symptome schon früher auch nach anderen acuten fieberhaften Krankheiten beobachtet worden. *Westphal* führt aus der Literatur an die öftere Erwähnung der Sprachstörung ohne nähere Schilderung derselben und einmal Zittern des Kopfes nach Erysipelas capitis. Von *Eisenmann* wird Bewegungsataxie nach Typhus angegeben, welche durch Gymnastik vollständig geheilt worden sei; endlich ist Ataxie bei Diphtheritis beobachtet worden. Es ist gewiss möglich, dass diese einzelnen Symptome die gleiche pathologische Bedeutung haben, wie unser Fall und man fühlt sich um so mehr geneigt, sie als die geringste Entwicklungsstufe der fraglichen Affection zu betrachten als auch einer der *Westphal*'schen Fälle nur die charakteristische Sprachstörung zeigte, bei keinem der anderen Fälle das von ihm entwickelte Symptomenbild in seiner Gesammtheit vorhanden war und dieses selbst noch zweier der Erscheinungen unseres Falles entbehrt. Aber so lange weitere Mittelglieder fehlen, halte ich es noch für unstatthaft, einen solchen Zusammenhang zu behaupten und muss mich vorläufig darauf beschränken Variola (bezw. Variolois) und Typhus als die Ursachen fraglicher Affection zu bezeichnen, wobei ich noch besonders hervorhebe, dass wie in den *Westphal*'schen Fällen auch im vorliegenden das Pockenexanthem ein äusserst geringes war. Eine bestimmte Disposition zu Erkrankungen des Nervensystems, etwa eine schon früher bestandene grössere Vulnerabilität desselben ist dabei nicht anzunehmen. In keinem der *Westphal*'schen Fälle war sie nachzuweisen, im vorliegenden ist sie mit Bestimmtheit auszuschliessen. Insbesondere ist auch eine hereditäre Anlage nicht vorhanden.

Die Dauer der Krankheit ist jedenfalls eine lange. Noch keiner der beschriebenen Fälle hat sein Ende erreicht. *Westphal* hatte zur Zeit seiner Mittheilung keinen seiner Fälle länger als $^3/_4$ Jahr, einen nur wenige Wochen beobachtet. Im letzten Fall, in dem nur Sprachstörung bestand, war bei der Entlassung keine Besserung eingetreten. In 3 anderen Fällen

stellte sich jeweils in den ersten 5—8 Wochen nach Ablauf des fieberhaften Zustandes eine sichtliche Besserung ein, die aber dann einem ganz stationären Zustand Platz machte. Nur im 5. Falle schritt auch weiterhin die Besserung allmälig fort. Bei unserer Kranken dauert der Zustand nahezu 4 Jahre, von denen sie $2^1/_2$ anhaltend in ärztlicher Beobachtung stand. Als sie aus der Bewusstlosigkeit erwachte, konnte sie gar nicht reden und nicht allein essen. In den nächsten Wochen stellte sich die Sprache allerdings mit den beschriebenen Störungen wieder her und die Kranke giebt ausdrücklich an, dass auch der Gebrauch der Glieder ein besserer geworden sei. Dass die Kranke noch bei der Aufnahme in die Anstalt nicht allein essen konnte, habe ich in der Krankheitsgeschichte nicht erwähnt. Durch förmliche Einübung auf die hierzu nöthigen Bewegungen, hatte sie nach 3—4 Wochen hierzu die Fähigkeit erlangt. Von dort ab blieb der Zustand mindestens $1^1/_2$ Jahre, viel länger als die *Westphal*'schen Fälle der Beobachtung unterstanden, ganz stationär und erst später trat wieder eine ganz allmälig fortschreitende geringe Besserung einzelner Symptome ein, die bis jetzt noch fortdauert. Fernere Beobachtung wird zeigen, ob auch in den übrigen Fällen später wieder eine Besserung sich einstellt. Nach den aufgeführten Thatsachen darf ich wohl die leichte Besserung bald nach Ablauf des acuten Fieberzustandes und das folgende längere Stationärbleiben für etwas constantes halten. Ob auch das nach langer Pause erfolgende Wiedereintreten einer zweiten Besserung als dem Verlauf der Krankheit eigenthümlich anzusehen ist, muss ich zur Zeit noch dahingestellt lassen. Ueber den endlichen Ausgang ist es nach den bis jetzt vorliegenden Thatsachen unmöglich auch nur eine Vermuthung äussern zu wollen. Nur soviel kann als gewiss angenommen werden, dass die Affection als solche nicht geeignet ist, für sich allein den Tod herbeizuführen.

Die Therapie hat bis jetzt keinen Erfolg aufzuweisen. *Westphal* gab Jodkalium, Argentum nitricum, Chinin und Eisen. Den constanten Strom wandte er durch Sympathicus und Muskeln wie jene Arzneikörper resultatlos an. Ich selbst gab ebenfalls Jodkalium und Argentum nitricum und faradisirte längere Zeit mit Nerven-Muskelströmen. Ein galvanischer Apparat stand mir früher nicht zu Gebote. Einen Erfolg erzielte ich damit ebenfalls nicht. Noch dürfte erübrigen, den constanten Strom aufsteigend durch das Rückenmark, vielleicht in Verbindung mit R.N.Strömen und die Galvanisation des Gehirns zu versuchen. Ausserdem möchte ich Versuche mit Gymnastik empfehlen; ich berufe mich hierfür auf die Mittheilung von *Eisenmann*, dass *Eulenburg* der Aeltere eine nach Typhus entstandene Bewegungsataxie durch Gymnastik vollständig geheilt habe, eine Affection, die wenn auch ihre Identität mit der in Rede stehenden nicht erwiesen ist, doch hinsichtlich ihrer Entstehungsweise und ihres pathologischen Charakters dieser analog ist; in der Hoffnung auf dieses Mittel bestärkt mich die schon angeführte Thatsache, dass die Kranke durch von mir geleitete

methodische Uebung allein zu essen erlernte. Sie bedankt sich, so oft sie mich sieht, dafür. Wenn ich schliesslich es unternehme, auch die Frage nach der der Krankheit zu Grunde liegenden anatomischen Läsion zu erörtern, so bin ich mir der Gewagtheit des Unternehmens vollkommen bewusst. Aber die Untersuchung des Falles wäre eine ungenügende, wenn ich nicht wenigstens versuchte, an der Hand der klinischen Erscheinungen und mit Benutzung ähnlicher Erkrankungen als Wegweiser zu bestimmen, was wir begründetermaassen erwarten dürfen.

In Betreff des Sitzes müssen wir von der Annahme einer Veränderung im Centralnervensystem ausgehen. Eine ganze Reihe von Erscheinungen wäre bei der Voraussetzung einer peripherischen Affection nicht denkbar, so nicht der Schwindel, der Kopfschmerz, die psychischen Veränderungen, nicht die Ataxie und die vasomotorischen Störungen. Aber gerade diese Symptome sind es, die uns hinsichtlich einer begrenzteren Localisation auf das Hirn verweisen. Die psychischen Veränderungen sind sicher nur von der Hirnrinde, die vasomotorischen Störungen wohl nur aus dem verlängerten Mark (dem Gefässnervencentrum) abzuleiten. Die atactischen Störungen können wohl aus den verschiedensten Abschnitten eines grossen vom Rückenmark bis zur Hirnrinde sich erstreckenden Coordinationsorganes abgeleitet werden; aber bei dem Fehlen anderweitiger spinaler Erscheinungen, insbesondere Paraplegien, Krampfzustände, Sensibilitätsstörungen, welche eine tiefere Läsion des Rückenmarks begleiten müssten, sind wir eben deshalb berechtigt uns auch wegen dieses Symptoms an das Hirn zu halten. Bekanntlich sind ja verschiedene Abschnitte des Hirnstammes wiederholt vereinzelt als anatomische Basis für die atactischen Störungen nachgewiesen worden. Bringen wir hiermit in Verbindung die grosse Aehnlichkeit unseres klinischen Bildes mit dem der multiplen Sklerose und erinnern wir uns, dass diese Krankheit mit besonderer Vorliebe den Hirnstamm betrifft (es liegt darin wohl der Grund für die Constanz der Symptomengruppe trotz der herdweisen Veränderung) so dürfen wir vielleicht dies als Fingerzeig ansehen, auch die vorliegende Affection vorzugsweise im Hirnstamm zu suchen. Zur Localisation im Hirn berechtigt auch der Beginn der Krankheit mit Bewusstlosigkeit und Delirien, die der ausgebildeten Krankheit unmittelbar vorhergehen. Ob aus dem anhaltenden Kreuzschmerz allein auf eine Betheiligung des Rückenmarks geschlossen werden darf, scheint mir sehr zweifelhaft.

Welcher Natur die Veränderung sein mochte, darüber auch nur Vermuthungen aufstellen zu wollen, scheint mir zur Zeit noch vermessen; müssen wir doch selbst dahingestellt sein lassen, ob diese überhaupt structuraler Art sind. Vielleicht geben darüber fortgesetzte Versuche mit Gymnastik einigen Aufschluss. *Westphal* hat an Blutungen in die Hirnsubstanz gedacht; deswegen will ich ihrer auch hier Erwähnung thun. Sie sind im höchsten Grade unwahrscheinlich, nicht deshalb weil Blutun-

gen in die Hirnsubstanz bei Blattern überhaupt selten sind, unsere Affection ist gewiss auch selten, aber deshalb weil in allen bis jetzt bekannten Fällen das vorhergehende Pockenexanthem gerade von der leichtesten Art war und insbesondere in keinem Falle eine sonstige Neigung zu Hämorrhagien während desselben beobachtet wurde. Auch der Verlauf ohne Reizerscheinungen und der später vollständig stationäre Zustand dürften nicht geeignet sein, die‹e Annahme zu unterstützen.

Dr. *A. Otto,*
Assistenzarzt der Heil- und Pflegeanstalt
in Pforzheim.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

8. ordentliche Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz in Bonn am 18. November 1871.

Anwesend waren die Mitglieder: *Besser*, *Beyer*, *Finkelnburg*, *Hertz*, *Madelung*, *Meyer*, *Nasse*, *Oebeke*, *Ripping*, *Rühle*, *Scharrenbroich*, *Schwarz*, *Servaes*.

Entschuldigt: *Brosius*, *Colmant*, *Diel*, *Höstermann*, *Röchling*.

Als neues Mitglied hat sich gemeldet Kreisphysicus Dr. *Klein* in Bonn.

Eröffnung der Sitzung 12 Uhr durch den Vorsitzenden.

Derselbe lässt zunächst über die einstimmig erfolgende Aufnahme zweier neuer Mitglieder abstimmen. Dann schlägt derselbe vor, dass der Vorstand des psychiatrischen Vereins dem Collegen *Flemming* zu seinem fünfzigjährigen Doctorjubiläum ein Gratulationsschreiben sende. Der Vorschlag wird einstimmig angenommen.

Prof. *Rühle*: Ueber den Einfluss somatischer Krankheiten auf die Psyche.

Die Psychiatrie ist in die isolirte Stellung, welche sie lange Zeit einnahm, durch äussere, nicht in der Sache liegende, Gründe gekommen. Als die specielle Pathologie ihre Anschauungen wie ihre Eintheilung unter Zugrundelegung der pathologisch-anatomischen Befunde reformirte, fand dieser Weg auch bei der Psychiatrie Eingang, nur fehlte es an pathologischen Anatomen, welche die Führung übernehmen konnten. Man fand anfangs in der Regel im Gehirn, dem Organ der Seele, nichts, notirte aber mancherlei Veränderungen anderer Organe und brachte psychisches Kranksein wohl mit somatischem Kranksein im Allgemeinen in Verbindung. Jedenfalls überzeugte man sich, dass die gröberen pathologisch-anatomischen Störungen im Gehirn nicht die Ursachen der psychischen Krankheiten wären. Es befestigte sich aber allmählich der Satz immer mehr, dass man doch im Gehirn selbst die anatomischen Veränderungen suchen und finden müsse, welche das Irresein bedingten und erklärten. Während *Schroeder v. d. Kolk* noch den primären protopathischen vom secundären deuteropathischen Wahn-

sinn unterschied, ist gegenwärtig wohl die herrschende Ansicht, dass überall die Veränderungen beim Irresein im Gehirn stattfinden müssen, und da solche so oft nicht nachgewiesen werden konnten oder in Veränderungen gesucht wurden, die auch oft genug ohne psychisches Kranksein vorkommen, so wurden Hyperämien und Anämien, über welche man in der Leiche nicht mehr urtheilen könne, zur Ausfüllung dieser Lücke herangezogen. Um irgendwelche Veränderung in einem Gehirnabschnitte mit einer beobachteten Form des Irreseins in Beziehung bringen zu können, müssten aber die Functionen dieser einzelnen Abschnitte physiologisch feststehen. Um zu behaupten, dass bei Functionsstörungen des Gehirns, bei psychischem Kranksein, das Gehirn materielle Veränderungen erlitten haben müsse, müsste es feststehen, dass derselbe Satz auch für alle anderen Organe des Körpers seine Gültigkeit hat. Dies ist sicherlich nicht der Fall. Eine veränderte Kohlensäure-Ausscheidung beweist nicht eine Lungenkrankheit, abnorme Beschaffenheit des Harnes keine Krankheit der Nieren. Gegentheilig weiss man aus ganz vorübergehenden psychischen Alterationen, dass sie unmöglich an materielle Gehirnveränderungen gebunden sein können, warum müssen solche vorhanden sein, wenn die Alteration von längerer Dauer ist? Dass insbesondere die Stimmung von dem normalen oder abnormen Zustande körperlicher Functionen abhängt, ist tägliche Erfahrung, dass auf dem Boden der Stimmung sich weiteres psychisches Kranksein entwickeln kann, darf wohl als richtig angesehen werden. Die Gehirnthätigkeit kann ebensowohl durch centripetale Nervenleitung, also auch von anderen Organen des Körpers aus, bestimmt werden als durch die quantitativen und qualitativen Veränderungen des dasselbe durchströmenden Blutes. Heftige Schmerzen können ebenso gut als giftige Substanzen im Blute maniakalische Zustände erzeugen. Bei einer Reihe somatischer Krankheiten kommen Störungen der psychischen Functionen vor, für welche es nicht gelingt, Veränderungen im Gehirn zu supponiren. Dass der Phthisiker fast immer über seinen Zustand im Unklaren ist, dass jemehr die Lungenkrankheit fortschreitet, die Hoffnung auf Genesung um so fester wird, dass sogar Lungenphthise melancholische Kranke zu freudigen Hoffnungen bekehrte, ist bekannt; dass alle Unterleibskrankheiten Keime gemüthlicher Depression enthalten, bedarf kaum der Erwähnung. Mit der Heilung von Leber-, Darm-, Nieren-, Geschlechtskrankheiten werden oft lange bestehende psychische Störungen beseitigt. Wenn ein Kranker, welcher eine wenig umfängliche Pneumonie des oberen Lappens besitzt, heftig delirirt oder selbst nach Abfall des Fiebers noch verkehrte Vorstellungen, Sinnestäuschungen u. dergl. zeigt, die sich nach kurzer Zeit zu verlieren pflegen, so wird man dies nicht in einer Veränderung des Gehirns suchen können, die doch bei viel umfänglicheren Pneumonien der unteren Lappen nicht eintritt. Wenn ein Kranker mit Magenerweiterung so lange traurig ist und an seiner Genesung verzweifelt, als die grosse Curvatur vom Druck des Mageninhaltes beschwert tief herabreicht, und heiter wird, sobald die Last

des Magens entfernt ist, so wird man diesen Wechsel seines psychischen Zustandes nicht auf eine plötzliche materielle Veränderung seines Gehirns schieben können.

Schliesslich sei noch der Fieberdelirien gedacht. Am constantesten und mannichfaltigsten sind bekanntlich die psychischen Störungen bei Typhus. Die modernen Anschauungen über die Wirkungen der erhöhten Blutwärme haben auch das Typhusdelirium lediglich als Wärmewirkung auf das Gehirn aufgefasst; dieser Auffassung gegenüber muss erwähnt werden, dass ebenso hohe Temperaturen und zwar von noch längerer Dauer bei der Phthisis florida vorkommen, ohne dass ähnliche oder überhaupt Delirien dabei auftreten. Es liegt daher nahe, anzunehmen, dass die Wärmesteigerung des Blutes bei Typhus erst dadurch Hirnstörungen bewirkt, dass durch sie Substanzen im Typhusblute erzeugt werden, welche giftig auf das Gehirn wirken, und dass Herabsetzung der Temperatur dadurch auch günstig auf die Hirnerscheinungen wirke, dass diese schädlichen Substanzen alsdann in geringerem Grade erzeugt werden.

Bei der hieran sich schliessenden Discussion weist *Nasse* darauf hin, dass in der Psychiatrie die Ansichten allgemein darin zusammenkommen, dass man idiopathische und sympathische Hirnstörungen unterscheidet. Bei den idiopathischen Hirnstörungen sei man berechtigt, nach bestimmten anatomischen Veränderungen des Hirns zu suchen; dasselbe gelte von den länger bestandenen sympathischen Hirnstörungen, da man hier secundäre Veränderungen des Hirns erwarten müsse.

Finkelnburg fasst die neuere Richtung der Psychiatrie, bei allen Geistesstörungen nach anatomischen Veränderungen des Hirns zu suchen, gleichsam als eine Reaction gegen das in den ersten Decennien dieses Jahrhunderts bestandene Bestreben auf, den Sitz der psychischen Thätigkeiten auf verschiedene Organe zu decentralisiren.

Hertz hebt hervor, dass es Geistesstörungen begleitende Krankheiten in anderen Organen als dem Hirn gebe, welche unverändert bestehen bleiben, trotzdem die Geistesstörung verschwindet. Er warnt deshalb davor, zuviel Werth auf die begleitenden Krankheiten zu legen und darüber die Geistesstörung als solche zu vernachlässigen.

Beyer hält die Berechtigung der anatomischen Untersuchung des Hirns in der Psychiatrie im vollen Maasse aufrecht.

Es betheiligen sich ausserdem an der Discussion noch *Meyer* und *Besser*.

Dr. *Finkelnburg*, Ueber die von *Mathieu* in Paris construirte „douche filiforme."

Verf. zeigt eine solche vor, deren Wasserstrahl einen Durchmesser von $^1/_{10}$ Mm. und eine Druckkraft von angeblich 160 Atmosphären besitzt. Auf einen Punkt der äusseren Haut gerichtet, durchbohrt der haarfeine Strahl sofort die Cutis und erzeugt eine blutende Stichöffnung, deren Umgebung

sich stark röthet und anschwillt. Ref. benutzt diese Douche als Revulsivmittel bei Neuralgien, bes. beim Tic douloureux mit palliativem Erfolge, indem der Strahl längs des Nervenverlaufes hin und her geführt wird. Unmittelbar hülfreich zeigte er sich auch bei nervösem Zahnschmerz. Der leicht tragbare Apparat wird vom Erfinder *Mathieu* für den Preis von 80 Frcs. geliefert.

Hierauf theilt *F.* seine Erfahrungen über die Anwendung und Wirkungsweise des *Chapman*'schen Rückenkühlers mit, unter Anknüpfung an den Vortrag *Pelman*'s in der Sitzung vom 13. Juni 1868. Nach kurzer Resümirung der *Chapman*'schen Theorie, gemäss welcher die vasomotorischen Centralstätten in den Anschwellungen des Sympathicus-Stranges oder im Rückenmark selbst einer thermischen Beeinflussung von der äusseren Haut aus zugänglich sein sollten und durch Wärmeeindruck Erregung, durch Kälte Herabstimmung der vasomotorischen Energie mit allen daraus folgenden Consequenzen örtlicher Ischämien resp. Hyperämien erzielt würden, erinnert Ref. zunächst an die physiologischen Bedenken, welche sich diesem scheinbar so viel versprechenden Schema entgegenstellten. Ausserdem musste die ideale Sicherheit, mit welcher diese neue fertig geborene Therapeutik alle möglichen schweren Krankheiten unter des Entdeckers Händen heilbar machte, ein Misstrauen erwecken, — welches Ref. bei seinen Versuchen an Gesunden wie Kranken sehr gerechtfertigt fand. Zunächst bestätigte sich die von *Ch.* behauptete nachhaltige Steigerung der Herzthätigkeit durch methodische Kühlung der Brustwirbelsäule so wenig, dass im Gegentheil nach schwacher Erhöhung im ersten Applicationsmomente des Eisschlauches (Contrastreizung) sowohl Herzthätigkeit wie Respiration herabgingen und während der ganzen Dauer der Rückenkühlung herabgesetzt blieben. Es fand mithin der gleiche Vorgang Statt, welcher sich bei allen protrahirten Wärmeentziehungen gleichviel an welchem Theil der Körperperipherie ergiebt, — dass Puls und Athmung sich verlangsamen. *Chapman*'s Behauptung einer Pulssteigerung lässt sich nur durch die pathologische Natur seiner Beobachtungsfälle erklären, welche meist Gehirnkranke mit retardirtem Pulse betrafen. Weder gelang es ferner bei Gesunden, durch Wärmeapplication im Rücken eine Verminderung des Blutreichthums (Herabsetzung der Temperatur) in dem von der Applicationsstelle vasomotorisch ressortirenden Körpertheile zu erzielen, z. B. am Kopfe durch Nackenwärmung, — noch war umgekehrt eine vermehrte Blutzufuhr zu entsprechenden Körpertheilen bemerkbar, wenn bestimmte Rückenabschnitte methodisch abgekühlt wurden.

Ebenso wenig wie bei Gesunden bewährte sich bei Kranken die *Chapman*'sche Voraussetzung vasomotorischer Effecte, und erwies sich namentlich die versprochene Hülfe gegen Kopf-Congestionen durch cervicale Wärme-, gegen Amenorrhoë durch lumbale Kälte-Application u. s. w. als illusorisch.

Waren die Ergebnisse somit bezüglich einer eigentlichen vasomotorischen Therapeutik rein negativ, so ging dagegen aus den dadurch angeregten weiteren Anwendungs-Versuchen eine sehr lohnende Verwerthung des *Chapman*'schen Kühlungs-Verfahrens bei verschiedenen Krankheits-Zuständen des Rückenmarks selbst hervor. Da *Ch.* seine Erfolge bei Epilepsie besonders hervorhob, so wandte Ref. die Eisbeutel-Application im Nacken bei 7 Epileptischen methodisch an und constatirte regelmässig ein Seltenerwerden der Anfälle; doch waren letztere zunächst um so heftiger, je mehr die Intervalle verlängert wurden, und veranlasste dies 2 Kranke zum Aufgeben des Verfahrens. Von den 5 Uebrigen wurde eine seit 4 Jahren Epileptische völlig geheilt; die Anderen besserten sich nachhaltig in verschiedenem Grade, am meisten eine seit 20 Jahren epileptische und schon an beginnender secund. Demenz leidende Dame, deren bis dahin fast tägliche Anfälle nach 5monatlicher Anwendung des *Ch.*'schen Verfahrens nur noch alle 5 bis 6 Wochen wiederkehren und deren psychische Kraft sich gleichzeitig wieder sichtlich erholt.

Lohnender noch erwies sich die method. Rückenkühlung bei reinen Spinal-Neurosen. Als Ref. die Amenorrhoë einer Hysterischen nach *Chapman* mittels eines Eisschlauches auf dem unteren Abschnitte der Wirbelsäule behandelte, liessen sich die Catamenien zwar nicht dadurch hervorrufen; dagegen fand ein auffallend rascher Nachlass der Krampf-Beschwerden Statt, an welchen die Patientin seit vielen Jahren litt. Dies veranlasste eine häufigere Anwendung des Verfahrens bei hysterischen Reflexkrämpfen und Neuralgien mit sehr befriedigendem Erfolge; auch psychische Reizungszustände im Gefolge hysterischer Gesammterkrankung wurden dadurch gemildert. Bei den zahlreichen seit 3 Jahren auf diese Weise behandelten hysterischen Kranken ergab sich als eine gewöhnliche Beobachtung, dass mit der allgemeinen Reflexreizung auch diejenige im Gefässsysteme wich: die kalten Füsse und Hände, partielle Ischämien der verschiedensten Theile, insuläre Blutaustritte aus der Haut u. dgl. Ebenso wurde die Hemmung der Peristaltik dadurch oft sichtlich ausgeglichen und dysmenorrhoische Beschwerden beseitigt. Nicht blos bei hysterischen, sondern auch bei mannigfachen anderen Zuständen mit dem Charakter erhöhter spinaler Reflexthätigkeit erwies sich die *Ch.*'sche Rückenkühlung hülfreich: beim nervösen Asthma, beim Magenkrampf, bei Pollut. nimiae u. s. w.

Die nahe liegende Verwendbarkeit des Rückenkühlers als örtlichen Antiphlogisticums bei chronischen entzündlichen oder hyperämischen Rückenmarkszuständen wurde vom Ref. gleichfalls an einer Reihe von Kranken geprüft. Fälle beginnender Tabes mit noch vorherrschenden Reizerscheinungen meningealer oder medullarer Art wurden dadurch günstig beeinflusst, während bei ausgebildeter Ataxie oder vorhandener ausgebreiteter Anästhesie der Haut das Kühlungsverfahren eher nachtheilig zu wirken schien. In einem Falle, wo im Gefolge von Wirbel-Erschütte-

rung chronisch meningitische Erscheinungen mit der offenbaren Tendenz zur Paraplegie sich entwickelten, trat unter 4 monatl. Gebrauch des Rückenkühlers vollständige Heilung ein.

Die mitgetheilten Beobachtungen liessen somit die Wirkungsweise des *Chapman*'schen Rückenkühlers in zwei schätzenswerthen Richtungen hervortreten, welche mit der Theorie des Erfinders nur schwache Berührungen bieten. Als topisches Antiphlogisticum ist die Kälte bei entzündlichen Affectionen der Wirbelsäule sowohl wie des Rückenmarks schon seit undenklichen Zeiten oft empfohlen und angewandt, — neuerdings von *Esmarch* gegen Spondylitis, von *Ollivier* gegen Myelitis. Grösseres Interesse verdient die bis dahin kaum beachtete directe Wirkung der örtlichen trockenen Kühlung auf Reizbarkeitsstörungen des Rückenmarks. Die ganz unzweifelhaften, weit über die vorher gehegte Erwartung gehenden Erfolge namentlich bei den hysterischen Kategorien spinaler Reizbarkeit lassen sich nach des Ref. Erachten nicht durch Reflexwirkung von der getroffenen Hautpartie aus, sondern nur durch eine directe thermische Maassregelung der Leitungsbahnen und Reflexcentren im Rückenmarke selbst erklären. Es ist eine längst bekannte physiologische Thatsache, dass die Erregbarkeit der Nervenelemente durch Temperaturabnahme herabgesetzt wird. Die trägen Bewegungen der in sehr kaltem Wasser aufbewahrten Frösche, die herabgesetzte Empfindung und Bewegung an stark abgekühlten Theilen warmblütiger Thiere und des Menschen, die erschwerte Mimik und Sprachbewegung der Lippen in der Kälte, die Abstumpfung der Geruchs- und Geschmacksempfindung nach Einathmung sehr kalter Luft u. s. w. bringen schon im gewöhnlichen Leben den obigen Satz zur Anerkennung. Durch *Valentin* und *Pickford* ist aber physikalisch nachgewiesen, dass die Erregbarkeit der Nerven im Froschpräparate mit successiver Temperatur-Erhöhung successive abnehme, und *Helmholtz* endlich berechnete, dass die Leitungsgeschwindigkeit in den Nerven mit abnehmender Temperatur sehr rasch bis $^1/_{10}$ der normalen Geschwindigkeit abnehme. Dass dieses Gesetz auch auf die Erregbarkeit der Reflexganglien Anwendung finde, müssen wir annehmen, nachdem *Pflueger* nachgewiesen, dass der Grad von Reflexerregbarkeit gleichbedeutend sei mit dem Grade der Leitungsfähigkeit in den Ganglienzellen und ihren Communicationswegen. Diese letztere wird z. B. messbar erhöht durch Einführung von Strychnin oder Opium in den Blutstrom, während in gleichem Maasse die Reflexerregbarkeit dadurch wächst. Es liegt somit seitens der experimentellen Physiologie die Grundlage fertig vorgebildet zu der Annahme, dass die Temperatur-Herabsetzung ein directes Mittel zur Herabsetzung der Reflexerregbarkeit im Rückenmark sei, und verdienen daher die bis jetzt beobachteten Wirkungen der methodischen Rückenkühlung bei spinalen Reizbarkeitsstörungen doppelte Beachtung.

Bezüglich des Verfahrens selbst bemerkt Ref. noch, dass eine mehr-

fache Umhüllung des *Ch*'schen Gummi-Schlauches mit Seide oder Baumwolle rathsam sei um die Entstehung rheumatischer Beschwerden zu vermeiden, welche durch directe Berührung der Haut mit der kalten sich aus der Luftfeuchtigkeit beschlagenden Gummifläche fast unfehlbar hervorgerufen werden. Anstatt der von *Ch.* angebrachten Messingverschlüsse, welche das Liegen auf dem Kühlungsapparate sehr erschweren, hat Ref. an dem oberen Ende des Hauptschlauches einen dünnen Füllungsschlauch seitlich inseriren lassen, mittels dessen das Eiswasser jederzeit erneuert werden kann und welcher den Patienten weder im Liegen noch im Umhergehen irgendwie behindert.

An der Discussion betheiligt sich *Meyer*, der zwei Fälle anführt, wo bei Paralytischen das kalte Wasserkissen die begleitenden Krampfanfälle seltener machte.

Schwarz hebt die Abkühlung des Rückens bei Chorea als wirksam hervor.

Nasse theilt die Resultate des *Chapman*'schen Rückenkühlers in der Siegburger Anstalt mit; hier erwiesen sich nur wirksam die heissen Wassersäcke (42°), in der Lendengegend aufgelegt, gegen starke Menstrualblutungen, indem sie die Dauer der Blutungen abkürzten.

Nasse, über sporadische psychische Ansteckung (der Vortrag wird separat gedruckt).

Die Discussion wird wegen vorgerückter Zeit ausgeschlossen.

Als Zeitpunkt der nächsten Versammlung wird der 8. Juni festgesetzt und die Versammlung nach 3 Uhr geschlossen.

gez. Dr. *Ripping*,
Sekretär.

---

12. ord. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 18. December 1871.

Anwesend waren die Herren: *v. Gellhorn* aus Halle, *Göschen* aus Berlin, *Guttstadt* aus Berlin, *Hauptmann* aus Sorau, *Ideler* aus Berlin, *v. Krafft* aus Baden, *Laehr* aus Schweizerhof, *Nötel* aus Neustadt-Eberswalde, *Schroeter* aus Schweizerhof, *Ulrich* aus Neustadt-Eberswalde, *Weimann* aus Neustadt-Eberswalde.

Nach geschäftlichen Mittheilungen des Vorsitzenden, bei denen namentlich der Ernennung des Geh. Rathes Dr. *Flemming* bei seinem 50jährigen Doktorjubiläum zum Ehrenmitgliede, einstimmig zugestimmt wurde, während man die bisherige Nicht-Durchführbarkeit der Einrichtung eines Journalcirkels, sei dies Anfangs von Seiten des Secretariats später von Seiten des Antragstellers selbst, lebhaft bedauerte, wurde zu den Vorträgen übergegangen.

Dr. *von Krafft-Ebing*, Ueber Verbrechen und Wahnsinn.

Verf. besprach zunächst die Schwierigkeiten, welche der Differenzirung des aus einer rein ethischen Depravation hervorgehenden Verbrechens von dem auf einer Hirnerkrankung beruhenden Wahnsinn entgegenstehen. Beide Lebenszustände können im klinisch-psychologischen Bild vollkommen mit einander übereinstimmen — nur auf Grund einer alle Hülfsmittel der Diagnostik verwerthenden anthropologischen, cerebralpathologischen, klinisch-psychiatrischen Untersuchung lässt sich im concreten Fall ermitteln, ob es sich um einen Gewohnheitsverbrecher aus rein ethischer Depravation oder um einen Fall von moral insanity aus organischer Hirnentartung handelt. Eine ausschliesslich ethische und psychologische Momente verwerthende Beurtheilungsweise führt nothwendig zum Irrthum, denn die Entscheidung kann immer nur in dem Nachweis einer Hirnerkrankung und der Zurückführung der ethisch-anomalen Symptome auf eine solche gesucht werden. Die sittliche Monstrosität eines Menschen, sei sie eine noch so grosse, beweist an und für sich Nichts für oder gegen seine Zurechnungsfähigkeit. Die Momente, welche in einem gegebenen Fall von scheinbar rein ethischer Depravation dazu nöthigen, dennoch die Diagnose auf moral insanity zu stellen dürften folgende sein:

1) Die Anomalien der ethischen Gefühle und der Charakterentwicklung zeigen sich schon ab ovo, als Ausdruck einer inferioren Hirnorganisation, die in degenerativen Einflüssen der Ascendenz (Geistesstörung, Epilepsie, Trunksucht) begründet ist, — oder im Lauf des Lebens erworben als Folge oder Symptome schwerer Hirnerkrankungen (Kopfverletzungen, Epilepsie, Alkoholismus, Dementia paralytica und senilis).

2) Es finden sich vielfach theils auf foetale Hirn- und Schädelerkrankungen beziehbare Anomalien der Schädelconfiguration, Defecte der Sinnesorgane, Hemmungsbildungen der Extremitäten etc., theils ab und zu im Verlauf Symptome einer dagewesenen oder noch fortbestehenden Erkrankung des centralen Nervensystems (epileptische Anfälle, grosse Disposition zu Hirnerkrankungen, die auch erblich auf die Descendenz übertragen wird, zu Hirncongestionen, Intoleranz gegen Alkoholica, enorme Reizbarkeit, pathologische Affecte, grosse Labilität der Stimmung, unmotivirter Stimmungswechsel, krankhaft fixirte Stimmungen).

3) Die natürlichen Triebe sind verändert, namentlich der Geschlechtstrieb, insofern dieser oft krankhaft früh entwickelt ist und ganz instinctiv perverse Richtungen (Sodomie, Paedrastie) annimmt.

4) Direct aus der Hirnerkrankung heraus gesetzte spontane, impulsive, perverse Antriebe zu theils einfachen bizarren, theils unsittlichen und verbrecherischen Handlungen zeigen sich uns vielfach in periodischer Aeusserungsweise (Diebstahl, sexuelle und Alkoholexcesse, Vagabondage).

5) Trotz einer gewissen Schlauheit, Raffinement und ungestörtem Vonstattengehen der logischen Processe findet sich bei an moral insanity Leidenden äusserst geringe intellectuelle Begabung, vielfach selbst ausge-

sprochener Schwachsinn, woraus sich die Einsichtslosigkeit in das nicht blos Unsittliche, sondern auch positiv Verkehrte, den eigenen Interessen Schädliche ihres Thuns, der Mangel jeglicher Selbstcontrole und Selbstführung erklärt.

6) Eine elementare Störung des Vorstellens ist die Unmöglichkeit der Bildung ästhetischer Elemente und deren Verknüpfung zur ästhetischen Form, zu moralischen Urtheilen und Begriffen, an deren Stelle höchstens ein abstractes, formales, intellectuelles Wissen von Recht und Gesetz ohne alles ethische Verständniss tritt. Solche Menschen haben dann ein abstractes Strafbarkeitsbewusstsein, aber das Gesetz hat für sie nur die Bedeutung einer polizeilichen Vorschrift.

7) Die organische Grundlage der scheinbar rein ethischen Depravation zeigt sich im Verlauf, insofern dieser ein progressiver, von äusseren Einflüssen unbeirrter ist und gewisse körperliche und psychische Symptome häufig mit einer deutlichen Periodicität sich äussern.

Gegen die aus den genannten Kriterien geschöpfte Annahme einer moral insanity aus organischer Ursache können die aus der Psychologie des alltäglichen Lebens entnommenen der Motivirung der That aus unsittlichen Motiven, ihrer Planmässigkeit, der Unversehrtheit der logischen Processe, der scheinbaren Willkür der Handelnden nicht aufkommen.

Die schwierige Frage der Zurechnungsfähigkeit solcher Entarteten und moralischen Missgeburten mag dem Richter überlassen bleiben. Gut wird es sein, ihn darauf aufmerksam zu machen, dass solche Menschen kein ethisches Bewusstsein von Recht und Gesetz besitzen und dasselbe höchstens als polizeiliche Verordnung von ihrem inferioren Standpunkt aus zu würdigen wissen, endlich dass sie in hohem Grad gemeingefährlich sind.

Dr. *Ulrich*, Fall von zahlreichen Cysticercen im Gehirn und unter der Haut.

Carl K. aus Müncheberg, am 23. Februar 1829 geboren, stammt aus einer Familie, in der Nerven- und Geisteskrankheiten bisher nicht vorgekommen sind. Der Vater und 5 Geschwister des Patienten leben noch und sind gesund. K. erlernte das Maurerhandwerk; er soll früher nie krank gewesen sein, nur hat er häufig an Furunkeln gelitten; in seinem 18. Jahre ist er einmal von einem Gerüste gefallen, ohne aber sich dabei zu verletzen; er soll stets ein brauchbarer Arbeiter und im Essen und Trinken, sowie im Geschlechtsgenuss mässig gewesen sein. Er ist seit 17 Jahren verheirathet; die noch lebenden 6 Kinder sind gesund und gut entwickelt, nur leidet eines an Caries der Fusswurzelknochen. Seine ökonomischen Verhältnisse waren geregelt; seine ehelichen Verhältnisse sollen gut gewesen sein, nur war er nach Angabe der Frau immer sehr erregbar, so dass er schon durch ganz geringfügige Veranlassungen in Zorn gerathen konnte. Die Geisteskrankheit des K. hat im Frühjahr 1869 ihren Anfang genommen

und ist zuerst nicht stetig, sondern in einzelnen Paroxysmen aufgetreten; er zeigte in diesen ein unstätes, verstörtes Wesen, hatte grosse Unruhe, hielt bei der Arbeit nicht aus oder machte sie verkehrt. Anfangs waren diese Paroxysmen nur von kurzer Dauer und durch längere Zwischenräume getrennt, „in welchen K. ganz normales Verhalten zeigte“; allmälig aber nahmen die einzelnen Anfälle an Länge und Häufigkeit zu, bis der Zustand in den letzten Monaten des Jahres 1870 ein dauernder wurde. Er war seitdem unfähig zur Arbeit, ass jetzt mit grosser Gier, wurde unordentlich in seinem Anzuge und verrichtete häufig seine Nothdurft in die Kleider oder in's Bett. Oft zog er seine Kleider ganz verkehrt an, oder ging nur unvollständig bekleidet aus und blieb Tage lang weg, ohne angeben zu können, wo er gewesen war; oder er ging auch gut bekleidet weg und kehrte nur mit einem Theile seiner Kleider wieder zurück. Vorgelegte Fragen beantwortete K. oft ganz gut, doch war dabei eine gewisse geistige Trägheit nicht zu verkennen; oft wusste er sich aber auch seiner Vergangenheit nur wenig zu erinnern. Zwei Mal hatte er Anfälle, in denen er, nach Schilderung seiner Frau, bewusstlos umfiel und stundenlang so liegen blieb; Zuckungen in den Gliedern traten dabei nicht ein, dagegen machte er mit dem Unterkiefer anhaltend Kaubewegungen und trat ihm Schaum vor den Mund. „Blutumlauf und Secretionen verhielten sich normal. Beim Gehen hinkte er mit dem linken Bein; wie lange dies Hinken schon besteht und wodurch es entstanden ist, konnte er nicht angeben.“

Bei der Aufnahme in die hiesige Anstalt am 28. Februar 1871 zeigt sich Patient als ein mittelgrosser schlanker Mann von mässig starkem Knochen- und Muskelbau, abgemagert. Die Kopfbildung hat nichts Abnormes; schwarzer dichter Haarwuchs, nur auf dem Scheitel etwas dünn; bleiche Gesichtsfarbe. Die Pupillen der grauen Augen sind weit und reagiren träge, die linke Pupille ist unbedeutend weiter als die rechte. Pat. kann die Zunge beim Herausstrecken nicht ruhig halten, dieselbe weicht nach rechts ab; der linke Mundwinkel steht höher. Der Brustkasten ist flach, schmal und lang gestreckt, die Oberbauchgegend etwas aufgetrieben. Die physikalische Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane lässt krankhafte Veränderungen derselben nicht auffinden. Die Dornfortsätze der Wirbelsäule sind gegen Druck nicht empfindlich. Die Sensibilität der Haut erscheint abgestumpft; Pat. verwechselt an den verschiedensten Stellen Berührung mit Nadelsticben und umgekehrt; localisirt im Groben richtig. Steht mit geschlossenen Augen fest. Haltung schlaff, Gang schwerfällig, schleppt mit dem linken Bein. Händedruck beiderseits kräftig, in den Händen kein Zittern. Sprache nicht fest articulirt, Ton der Stimme etwas rauh. —

15. März. Pat. hält sich ruhig, äusserlich verständig; antwortet auf Fragen langsam mit unsicherer Sprache; ist sehr vergesslich. Beschäftigt sich im Strohsaal und beim Charpiezupfen. Appetit gut, Stuhlgang regel-

mässig, Schlaf ruhig. Körperwärme Morgens 37,0—37,6°, Abends 37,3—38,0° [1]).

25. März. Heute Morgen Temp. 37,0°; nichts Auffallendes, geht wie gewöhnlich zum Strohsaal. Dort lässt er gegen 11 Uhr den linken Arm sinken und fällt nach links um, ist nicht unbesinnlich; muss auf die Station mehr getragen werden, als wie er selbst geht. Wird in's Bett gelegt, antwortet zutreffend auf Fragen. Der linke Arm sinkt beim Erheben kraftlos herunter, desgleichen das linke Bein; Nadelstiche rufen auf der linken Körperseite weder Schmerzäusserungen noch Reflexbewegungen hervor, auf der rechten Seite wenig. Temp. um 12 Uhr 36,4, Puls 80, klein; Kopf nicht warm. Abends Temperatur 37,6, Puls 92, klein, Kopf heiss.

26. März. Nachts etwas unruhig, macht fortwährend ein und dieselben Bewegungen mit dem linken Arm, knirscht zeitweise mit den Zähnen. Morgens Temp. 38,4, Puls 104, klein. Macht Tags viele Bewegungen mit den Händen; Sprache noch unsicherer als sonst, ist schwer besinnlich; isst gefüttert ziemlich. Abends Temp. 38,0, Puls 96, Kopf wenig warm.

27. März. Nachts unruhig, hat unausgesetzt Bewegungen mit dem linken Arm gemacht, fasst damit über den Kopf und lässt ihn wieder sinken; schreit zeitweise laut. Morgens ruhig, Temp. 36,8, Puls 72, klein; weniger schwerbesinnlich, streckt auf Erfordern zitternd die Zunge heraus, antwortet auf die Frage, wie er geschlafen habe, „gut" mit unsicherer Sprache. Reagirt auf Nadelstiche beiderseits. Schläft am Tage viel, isst gefüttert ziemlich. Abends Temp. 37,9, Puls 88, Kopf heiss; schwitzt.

28. März. Nachts gut geschlafen. Temp. 39,0. Gut besinnlich, ruhig. Abends Temp. 37,6, Puls 92.

29. März. Temp. 36,6, Puls 88. Pat. ist aufgestanden; ist wieder ganz der Alte, nur dass er mit dem linken Bein noch weniger fest als vorher auftritt und noch etwas unsicherer spricht. Abends Temperatur 37,2, Puls 80.

18. April. Pat. hatte am 12. d. M. wieder einen apoplectiformen Anfall mit Lähmungserscheinungen auf der linken Seite, der ähnlich verlief wie der Anfall im März. Ist jetzt ausser Bett, aber noch benommen, sehr vergesslich, etwas unstät.

7. Mai. Am 3. d. M. Anfall, bei dem die Lähmungserscheinungen links sich wieder stärker bemerkbar machen; heute sind dieselben bereits wieder auf das gewöhnliche Maass zurückgekehrt.

27. Mai. Seit Mitte des Monats benommener, Kopf etwas warm, muss zeitweise aus- und angezogen werden; urinirt öfters in die Stube, weil er das Kloset nicht finden kann, lässt auch Urin unter sich; fühlt sich dabei stets „sehr wohl".

---

[1]) Die Körperwärme ist in der Achselhöhle gemessen mit einem Thermometer nach Celsius, Morgens von 8½—9, Abends zwischen 5½ und 6½ Uhr.

1. Juli. War im Juni im Durchschnitt benommener und vergesslicher, verunreinigte öfters Bett wie Kleidung. Am 28. Juni apoplectiformer Anfall, die Lähmungserscheinungen links treten stärker hervor, Sprache unsicherer; Abends beträchtliche Temperatursteigerung. Am 29. u. 30. Juni benommen, zeitweise ängstlich erregt, starkes Schwindelgefühl. Ist heute wieder auf, antwortet ziemlich prompt auf Fragen, hielt sich ruhig.

19. Juli. Hatte vom 2.—16. d. M. häufig durchfällige Stuhlgänge, zuerst gelbgrau, später reiswasserähnlich, in den ersten Tagen gepaart mit hohem Fieber und Aufgetriebensein des Unterleibes; gleichzeitig hüstelte Pat. etwas, ohne dass bei wiederholten physikalischen Untersuchungen der Brustorgane etwas Anderes als geringer Bronchialkatarrh in der rechten Lunge nachzuweisen war. Ist jetzt wieder ausser Bett.

2. August. In den letzten Tagen etwas erregt, spricht viel und verwirrt, hat Gehörs- und Gesichtstäuschungen; ist im Ganzen etwas zittrig, Sprache unsicherer, eigenthümlich rauh.

17. September. War in den letzten 6 Wochen mehr oder weniger erregt, so dass er wiederholt Morphiuminjectionen erhalten musste; in den letzten 14 Tagen isst er wenig, schlägt oft eine Mahlzeit ganz aus, äussert Furcht vor Vergiftung.

30. September. Liegt fast immer zu Bette, ist ruhig aber confus; isst sehr wenig, äussert die Vorstellung, man wolle ihn umbringen, ihn vergiften. Sprache unsicher, rauh; Gang schwerfällig, etwas schleppend, besonders mit dem linken Bein; l. P. > r.

21. October. Seit dem 6. d. M. ist Pat. wieder mehr oder minder erregt, so dass er von den anderen Kranken getrennt gehalten werden muss und Morphiuminjectionen von 0,02—0,03 zwei Mal täglich nöthig sind. Die Bewegungen sind hastig, dabei unsicher und zittrig. Isst seit Eintritt der Erregung gut; ist benommen und verwirrt.

27. October. Pat. liegt seit dem 22. d. M. im Bette wegen eines Furunkels in der Gegend des rechten Trochanter; hält sich ruhig, isst gut. In den letzten Tagen öfters Verunreinigungen; hat seit vorgestern wieder Durchfall mit geringem abendlichen Fieber.

Heute Abend Temperatur 40,0, Puls 128 klein. Bei der Vornahme der physikalischen Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane zeigen sich unter der Haut des Oberkörpers vorn wie hinten mit den Augen wahrnehmbare kleine Geschwülste von der Grösse kleiner weisser Bohnen, theils weich wie Watte, theils ziemlich hart, unter der Haut leicht verschiebbar und unter dem untersuchenden Finger weggleitend. Aehnliche kleine Geschwülste finden sich unter der Haut der Bauchdecken, an der Innenfläche des rechten und linken Oberschenkels, an der Innenseite des linken Ellenbogengelenkes, oberhalb des rechten Schlüsselbeines. Weniger oberflächlich liegende dergleichen Geschwülste sind am rechten Hinterbacken, in der rechten und linken Leistengegend und an der Innenseite des rechten Oberschenkels zu fühlen. In den Kniegelenken und tiefer herunter

sind ähnliche Geschwülste weder zu sehen noch zu fühlen. Die Gesammtzahl der kleinen Geschwülste ist 20 und einige. Die Bauchdecken sind eingezogen, nirgends schmerzhaft. Milz und Leber nicht vergrössert, letztere eher kleiner als normal.

28. October. In der Nacht unruhig. Morgens Temp. 37,0, Puls 84, klein. Tags mehrmaliges Erbrechen grünlichgelben Schleimes, öftere durchfällige Stühle; verneint Schmerzen zu haben. Abends Temp. 38,6, Puls 96, sehr klein.

2. November. Die Durchfälle halten an, in den letzten Tagen kein Fieber; ist gestern und heute einige Stunden ausser Bett, thut ganz munter. Die Geschwülste zeigen keine Veränderung, Druck auf dieselben erregt keinen Schmerz.

3. November. Nachts etwas unruhig, hat viel vor sich hin gesprochen. Morgens Temp. 35,4, Puls 72, klein, Zunge roth und feucht, l. P. > r., der linke Mundwinkel höher, Zunge zitternd nach rechts hervorgestreckt. Kopf nicht warm, verneint die Frage nach Kopfschmerz; ist sehr matt, sehr verwirrt; sieht zeitweise eigenthümlich starr auf einen Fleck, greift über sich. Mittags lässt er sich füttern, isst nur das Dünne; Morgens hat er Kaffee und Semmel noch selbst zu Munde geführt. Um 3 Uhr Nachmittags fängt er an etwas lebhafter zu werden, will aus dem Bette steigen, greift viel über sich herum. Um 5 Uhr 15 Minuten werden die Augäpfel ganz nach rechts und oben verzogen, im rechten Arm einige leichte Zuckungen etwa 1 Minute lang. Thermometer um 5 Uhr 20 Min. gelegt steht 5 Uhr 45 Min. auf 36,2, Puls 100 klein, Respiration 20. Patient liegt mit halbgeschlossenen Augen ruhig da, sieht blass aus, Kopf kühl. Knirscht jetzt etwas mit den Zähnen, öffnet die Augen, hat Zuckungen in beiden Bulbi und leichte Zuckungen im rechten Arm. Dann um 5 Uhr 50 Min. wird der Kopf ganz nach rechts und etwas nach hinten gezogen, die Augen nach oben und rechts rotirt, der Mund weit geöffnet nach rechts verzogen, und nachdem dies etwa 1 Minute gedauert, treten Zuckungen in den Gesichtsmuskeln rechts und im Frontalis ein, ebenso im rechten und linken Arm und im rechten Bein. Nach 5 Minuten hören die Zuckungen auf, der Kopf liegt gerade, die Respiration wird tief und schnarchend, Zähneknirschen. In ähnlicher Weise wiederholen sich die epileptiformen Anfälle nur in ganz kurzen, minutenlangen Pausen unterbrochen immer wieder. Eine um 6 Uhr 20 Min. am Halse gemachte Injection von 0,02 Morph. acet. bleibt wirkungslos. Pat. ist andauernd ganz bewusstlos, auch während der relativ freien Zeiten; auf tiefe Nadelstiche keine Schmerzäusserung, nirgends eine Reflexzuckung. Um 7 Uhr Einspritzung von 0,04 Morph. acet. am Halse; die epileptiformen Krämpfe dauern fort. Um 7 Uhr 10 Min. Injection von 1,0 Chloralhydrat an verschiedenen Stellen; die Zuckungen lassen allmälig nach und haben um 7 Uhr 20 Min. ganz aufgehört. Zwei Mal in den nächsten 5 Min. kehren Zuckungen im rechten Arm, in den Hals- und Gesichtsmuskeln in leichtem Grade und von einigen Sekunden

Dauer wieder, dann bleiben sie ganz aus. Pat. liegt mit halbgeöffnetem Munde, die Augäpfel nach oben rotirt, mit halbgeschlossenen Lidern schlafend etc., hat 12—16 Athemzüge in der Minute, hin und wieder bleibt ein einzelner Athemzug längere Zeit aus. Temp. 37,6, Puls 138 sehr klein um 7 Uhr 35 Min. Von etwa 8½ Uhr ab sind die Athemzüge ganz regelmässig und tief; der Thermometerstand ist in beständigem Fallen. Um 9 Uhr Temp. 36,6, Puls 120, Resp. 16. Um 12 Uhr Nachts Temp. 35,3, Puls 112 sehr klein, Resp. 13. Keine Reaction auf tiefe Nadelstiche; angerufen und etwas gerüttelt schlägt Pat. die Augen auf. Bei der Auscultation auf der Vorderseite der Brust vereinzeltes grobblasiges Rasseln.

4. November. Hat die Nacht hindurch mit tiefer regelmässiger Respiration geschlafen; Morgens ist er leicht erweckbar, aber ganz unbesinnlich; schluckt einige Esslöffel voll Kaffee. Temp. 37,0, Puls 112, sehr klein, Respiration 20. Im Laufe des Vormittags entwickelt sich Lungenödem; um 12 Uhr 15 Min. Temp. 36,4, Puls kaum noch zu fühlen, Resp. 12 in der Minute. Um 1 Uhr Temp. 35,8, Puls nicht mehr zu fühlen, Resp. 12.

Stirbt um 2 Uhr Mittags.

Section 18 Std. p. m.

Starre bedeutend, zahlreiche Todtenflecke. Am rechten Trochanter eine 10 Groschen grosse, gut granulirende Geschwürsfläche. Unter der Haut des Thorax und Abdomen zahlreiche bis zu Kirschkerngrosse Geschwülste, eine selbst ¾ Zoll lang, welche sich nach der Herausnahme als prall gefüllte zum grossen Theile in das Unterhautzellgewebe, zum Theil in das intermusculäre Bindegewebe eingebettete Blasen darstellen.

Im Rückenmarkskanal ziemlich viel Blut. Dura mater des Rückenmarks stark injicirt, stellenweise mit fadenförmigen, ziemlich festen weissen Auflagerungen; Pia mater im hinteren Umfange sehr stark injicirt, wenig getrübt, im vorderen Umfange nur mässig injicirt. Weisse und graue Substanz ziemlich stark bluthaltig; im Halstheile markiren sich die *Goll*'schen Keilstränge durch ihre rein weisse Färbung, während die übrige Marksubstanz daselbst einen Stich in's Gelbliche hat.

Schädeldach leicht und dünn; reichliche Diploë, ziemlich stark blutreich. Frontal- und Sagittalnaht verstrichen. Dura mater der Convexität des Gehirns links auf der Innenfläche mit einem blutig-fibrinösen als Membran abziehbarem Belage. Rechts die Dura mater stark injicirt, sonst ohne Veränderung. An der Basis in der mittleren Schädelgrube rechterseits ein bis eine Linie dicker Belag, welcher theils membranförmig abziehbar ist, theils aus locker geronnenem Blute besteht; in dem Gewebe der Dura mater und dieser Membran eingebettet eine grössere und zwei kleinere Blasen. Links in der mittleren Schädelgrube ein dünnerer blutig fibrinöser Belag. Pia mater recht stark injicirt, über den Furchen und dem Verlaufe der grösseren Gefässe entsprechend deutlich getrübt, übrigens leicht abziehbar.

In der Hirnrinde, im grossen Gehirn zahlreicher als im kleinen, in dem

vorderen Theile zahlreicher als in dem hinteren, eine Menge der oben erwähnten Blasen. Im linken Linsenkerne zwei dergleichen, im linken Thalamus opticus eine, im linken Corpus striatum eine; rechts im Linsenkern drei, im Thalamus opticus vier, im Corpus striatum zwei. In der Rinde im Ganzen an der Convexität und an der Basis, auf die rechte und linke Seite ziemlich gleich vertheilt, etwa 60 derartige Blasen; in der weissen Substanz keine einzige. Am kleinen Gehirn in der Rinde 6, im Inneren desselben keine Blase. Gehirn feucht, etwas weich; ziemlich stark bluthaltig.

Die Blasen sind Erbsen bis Kirschkern gross, wasserhell und lassen einen Stecknadelkopf grossen weissen Kern durchscheinen; bei ihrer Herausnahme bleiben leicht Hirnpartikelchen haften; bei einzelnen ist die sie umgebende Hirnmasse stärker injicirt.

Im Herzbeutel wenig Flüssigkeit, Herz schlaff; im rechten Herzen gute Blutgerinnsel. Herzfleisch etwas blass, Klappen zart.

Linke Lunge fadenförmig verwachsen, der obere Lappen ziemlich stark bluthaltig; der untere Lappen stark bluthaltig, zum Theil luftleer; im hinteren Theile eine apfelgrosse Stelle, welche durchaus luftleer ist und von zahlreichen grösseren und kleineren in verschiedenen Stadien der Erweichung begriffenen käsigen Heerden durchsetzt ist; mässiges Oedem. Rechte Lunge durchweg stark bluthaltig, im mittleren Lappen eine ganz ähnliche von käsigen Heerden durchsetzte Stelle. — In dem intermusculären Bindegewebe der Zwischenrippenmuskeln links eine der oben beschriebenen Blasen. Leber etwas klein, mässig bluthaltig; Acini klein aber deutlich, die Peripherie derselben durchaus hell gegen das dunkle Centrum abstechend. Gallenblase stark ausgedehnt mit reichlicher dünnflüssiger Galle und 3 scharf abgeschliffenen Konkrementen.

Milz stark gelappt, in der Kapsel eine thalergrosse verdickte Stelle; schlaff, von mittlerem Blutgehalte.

Im Darm etwa 1 Zoll oberhalb der Bauhinischen Klappe 2 alte schwarz pigmentirte Geschwürsnarben. Mesenterialdrüsen ziemlich stark geschwellt, nicht käsig. Im Magen nichts Bemerkenswerthes.

Beide Nieren etwas klein, von mittlerem Blutgehalte. In der Blase nichts Abnormes. Die oben beschriebenen Blasen erweisen sich als zum Theil von einer besonderen Umhüllungscyste eingeschlossene Cysticercusblasen, die einen vollständig entwickelten Cysticercus cellulosae et taenia solium mit 4 Saugnäpfen und Hakenkranz von 26 grösseren und kleineren Haken bilden. Bewegungen sind an den Cysticercen (3 Tage nach dem Tode des K.) nicht wahrzunehmen.

Mikroskopischer Befund (Dr. *von Rabenau*). In den Vordersträngen des Rückenmarks finden sich nur wenige Körnchenzellen, in den Hintersträngen mässig viele, ebenso in dem gleich zu erwähnenden Keile; in dem hinteren Abschnitte der Seitenstränge massenhafte. Die Gefässe sind vermindert (d. h. es sind mässig viele Körnchenzellen in den Gefässcheiden).

In den Pyramiden sind sehr viele Körnchenzellen, im Pons nur wenige in der Längsfaserschicht; im Fusse der Hirnschenkel beiderseits ziemlich viele; die Hirngefässe an diesen Stellen mässig erkrankt.

Am conservirten Präparate zeigen sich die *Goll*'schen Keilstränge intensiv hell gefärbt, weniger stark aber deutlich hell verfärbt die hinteren Abschnitte der Seitenstränge.

Cysticercen lassen sich im Rückenmarke, in der Medulla oblongata, Pons, Hirnschenkeln und Stammstrahlung nicht auffinden.

Das Vorkommen von Cysticercen im Gehirn ist eben nicht besonders selten; *Küchenmeister* konnte bereits (Oesterreich. Zeitschr. für pract. Heilkunde XI. u. XII. Novemb. 1865—Aug. 1866), 88 Fälle aus der Literatur zusammenstellen, in welchen allerdings die von *Griesinger* (Archiv der Heilkunde III. 3. 1862) aufgeführten 55 Fälle einbegriffen sind, und in den letzten Jahren sind schon wiederum die folgenden 18 Fälle veröffentlicht worden: *Westphal* (Berl. klin. Wochenschr. II. 43. 1865), *Wagner* (Inaug. Dissert. Jena 1866), *Klob* (Wien. med. Wochenschr. XVII. 8. 9. Jan. 1867), *Roger* (gaz. des hôp. 87. 88. 1865), *Seidel* (Jen. Zeitschr. für Med. u. Naturw. I. 2. p. 223. 1864), *Voigtel* (Berl. klin. Wochenschr. III. 21. 1866), *Klebs* *Virchow*'s Archiv XXXIV. 3. Novemb. 1865), *Wilhelm* u. *Gottlieb Merkel* (Deutsches Archiv für klin. Med. III. 2. u. 3. Mai 1867), *Lombroso* (Riv. clinic. VI. 8. p. 232. 1867), *Arndt* (Zeitschr. für Psych. XXIV. 6. p. 752. 1867), *Wendt* (Zeitschr. für Psych. XXV. 1. u. 2. p. 274. 1868), *Paulicki* (Memorabilien XIV. 5. 1869), *Bradley* (med. Times and Gaz. Jan. 23. 1869), *Paulicki* (Wien. med. Presse X. 30. 1869), *Hirschfeld* (Jahresber. der Ges. für Natur- u. Heilk. in Dresden Juni 1869—Mai 1870 p. 81). In den von *Küchenmeister* gesammelten 88 Fällen wurde nur 11 Mal gleichzeitig im übrigen Körper Cysticercus gefunden und Geisteskrankheit als Symptom ist nur 28 Mal verzeichnet. Aber das Interessante des von mir mitgetheilten Falles liegt weder in dem gleichzeitigen Vorkommen zahlreicher Cysticercen unter der Haut, noch in dem Vorhandensein von Geisteskrankheit, sondern vielmehr in dem aus dem ganzen Verlaufe des Falles zu folgernden Umstande, dass die Cysticercen im Gehirn mit der Geisteskrankheit eigentlich gar nichts zu thun haben, dass sie nicht die Ursache derselben sind und erst sich entwickelten, als die Geisteskrankheit bereits Jahre lang andauerte. — Die kleinen Geschwülste unter der Haut wurden zuerst am 27. October d. J. bemerkt, als in Veranlassung einer beträchtlichen Steigerung der Körperwärme eine physikalische Untersuchung der Brustorgane vorgenommen wurde; sie waren Anfangs März zur Zeit der Aufnahme nicht vorhanden gewesen, ebenso waren sie im Anfang Juli d. J., wo der Pat. in Folge des mit den Durchfällen verbundenen Fiebers und des Hüstelns wiederholt genau untersucht wurde, bestimmt noch nicht vorhanden. Ich gestehe nun ganz offen, dass ich zunächst, als sich herausstellte, dass die betreffenden Geschwülste durch Cysticercen veranlasst waren, und sich solche auch zahlreich im Gehirn vorhanden, geneigt war, die Entstehung

derselben auf die jüngstvergangene Zeit zurückzuführen und den Symptomencomplex der letzten 14 Tage auf ihre Entwicklung zu beziehen; nach genauer Durchsicht der von *Küchenmeister* und *Leuckart* veranstalteten Fütterungsversuche bei Thieren musste ich jedoch diese Ansicht fallen lassen, da die Umwandlung der Embryonen von Taenia solium zum vollständig ausgebildeten Scolex eine längere Zeit erfordert. Nach *Leuckart* (die menschlichen Parasiten und die von ihnen herrührenden Krankheiten. I. Leipzig und Heidelberg 1863) ist nämlich der Entwicklungsgang der Cysticerci cellulosae in Kürze folgender. Sobald Eier der Taenia solium in den Magen gelangt sind, so zerbersten die Eischalen, die durch die Verdauungssäfte ihre frühere Festigkeit verloren haben und der sechshakige Embryo selbst wird frei. Mittelst dieser Häkchen durchsetzt der kleine Embryo die Wände des Magens oder Darmkanals und gelangt mit der Blutwelle oder auf den durch die Bindegewebsmassen des Körpers vorgezeichneten Wegen bis in die entlegensten Körpertheile. Sind nun die sechshakigen Embryonen an dem Orte ihrer einstweiligen Bestimmung angelangt, so werfen sie die Embryonalhaken ab und nach einiger Zeit sammelt sich im Mittelpunkte des bis dahin soliden Körpers ein Fluidum an, dessen Menge immer mehr wächst und den Leib immer mehr zu einer Blase ausdehnt. Das frühere Parenchym wird dadurch zu der Wand eines Hohlraumes, der mit wässriger Lymphe gefüllt ist. Nach 3 Wochen entwickelt sich in diesem Bläschen die erste Anlage des späteren Bandwurmkopfes von den Wänden her nach dem Inneren der Blase zu und wächst unter fortdauernder entsprechender Grössenzunahme des Blasenkörpers, bis dann einige Wochen nach der ersten Anlage des Kopfzapfens die Bildung der Saugnäpfe und des Hakenapparates anhebt, die etwa gegen Ende des 2. Monats vollendet ist. Ist so der Kopf vollständig ausgebildet, so beginnt der obere Theil des Kopfzapfens bedeutend zu wachsen und sich gegen den eigentlichen Kopftheil durch Aufnahme von zahlreichen Kalkkörperchen immer bestimmter abzuheben; er beginnt damit seine Umwandlung in den späteren Bandwurmleib. So ist erst nach $2^1/_2$ Monaten mindestens die Entwicklungsgeschichte des Cysticercus cellulosae abgeschlossen; etwaige spätere Veränderungen beschränken sich ausschliesslich auf eine Vergrösserung der Blase und eine Längsstreckung des Wurmkörpers. Die obigen Feststellungen sind allerdings nur das Resultat von Untersuchungen an Schweinen, die zu verschiedenen Zeiten mit einzelnen Proglottiden oder grösseren Stücken von Taenia solium gefüttert wurden; aber da die aus Taenia solium entstandenen Finnen des Schweines und des Menschen völlig identisch sind, muss man bei letzteren auch wohl völlig ähnliche Entwicklungsverhältnisse voraussetzen. Wir werden also berechtigt sein nach der Ausbildung der Cysticercusblasen und an der Hand des Krankheitsverlaufes die Zeit der Aufnahme der Bandwurmeier bei *Küster* auf den Anfang Juli d. J. zu verlegen, und die um diese Zeit aufgetretenen Durchfälle sprechen durchaus für diese Annahme, da nach *Mosler* und *Leuckart* die Versuchs-

thiere häufig unter Diarrhöen und Fieberbewegungen zu Grunde gingen. Auf welche Weise bei K. die Aufnahme der Bandwurmeier stattgefunden hat, müssen wir dahingestellt sein lassen, das Trinkwasser ist als Ursache der Uebertragung ausgeschlossen, da das Wasser durch Wasserleitung aus einem tiefen verdeckten Brunnen bezogen wird; dagegen ist die Uebertragung durch Erdbeeren, welche Pat. um diese Zeit einige Male genossen hatte, möglich. Am wahrscheinlichsten ist bei der grossen Anzahl der Cysticercen eine Selbstansteckung; denn wenn auch in dem Darmkanale keine Taenia solium gefunden wurde, so ist doch nicht zu vergessen, dass von gar Vielen der Bandwurm unbemerkt getragen wird und so auch unbemerkt abgehen kann. Ueberhaupt gelingt es auch nur selten beim Vorhandensein von Finnen das gleichzeitige Vorhandensein von Taenia solium wirklich nachzuweisen, so dass z. B. *v. Graefe* (Archiv für Ophthalm. XII. 2. 1866) unter 90 und einigen Fällen von Cysticercus im Auge, die er während 13 Jahren unter 8000 Kranken beobachtete, nur 5—6 Mal gleichzeitiges Vorhandensein von Bandwurm feststellen konnte. Möglich wäre es auch bei dem engen Zusammenwohnen der Kranken und der Unreinlichkeit des Patienten, dass einer der Mitkranken des K. an Bandwurm litt und eine von diesem abgegangene Proglottide die Infection bei K. bewirkt hätte. — Für die Symptomatologie der Cysticercen im Gehirn ist der vorliegende Fall nicht weiter zu verwerthen, da die Entstehung der Cysticercusblasen in eine Zeit fällt, wo das Gehirn schon lange erkrankt war; mit einiger Wahrscheinlichkeit möchten nur die seit Juli sich immer wiederholenden Erregungszustände und die schliesslich auftretenden epileptiformen Krämpfe auf die Anwesenheit der Cysticercen im Gehirn zu beziehen sein. Nur das Eine möchte ich noch hervorheben, wie es nicht unwahrscheinlich ist, dass auch in manchen der früher beobachteten Fälle von Cysticercen im Gehirn die als Symptom derselben aufgefasste gleichzeitig vorhandene Geisteskrankheit gar nicht eine Folge der Cysticercen gewesen ist, sondern umgekehrt die Geisteskrankheit mit der aus ihr hervorgehenden Verblödung und Unreinlichkeit des Kranken vielleicht erst die Ursache wurde, dass derselbe sich die Einwanderung von Bandwurmeiern zuzog.

Dr. *Nötel*, Zur Casuistik der plötzlichen Todesfälle in Psychosen.

Ich möchte mir erlauben in Folgendem eine Beobachtung mitzutheilen, die, so viel Interesse auch der Verlauf des Falles an sich bieten mag, doch wesentlich in dem plötzlich erfolgten Tode und dem anscheinend so wenig ausgiebigen Obductionsresultate ihre Pointe hat. Ich glaube das Zustandekommen des ersteren mit den Ergebnissen der Section durch Heranziehung einiger physiologischer Untersuchungen in Einklang setzen zu können und bitte mir zu gestatten, das betreffende Räsonnement unter dem ausdrücklichen Vorbehalte mitzutheilen, dass es eben nur ein Versuch ist, der auf

das Ansehen eines endgültigen Urtheiles keinen Anspruch macht, vielleicht aber auf ein Gebiet hinweist, das für die Erklärung mancher Erscheinungen bei unseren Geisteskranken nicht unfruchtbar sein möchte.

Der Fall ist in Kurzem folgender:

Frau N. N. den gebildeten Ständen angehörig, mit hereditärer Disposition zu psychischer Erkrankung, sonst aber geistig nicht unbegabt, zeigte bald nach der Pubertät verschiedene Absonderlichkeiten, die schon auf eine gewisse psychische Unfreiheit schliessen lassen konnten. Sie quälte sich gern mit Selbstvorwürfen, war misstrauisch, zog sich gern zurück und ass hin und wieder auch nur heimlich. Nach der Verlobung äusserte sie Furcht vor der bevorstehenden Verheirathung, meinte, sie werde ihrem Manne in keiner Weise genügen und dergl. Nach der Verheirathung, die circa 6 Jahre vor ihrer Aufnahme in die Anstalt statt fand, hatte sie stets etwas Gedrücktes in ihrem Wesen, war menschenscheu und hatte alle möglichen Beschwerden, die sie veranlassten, tageweise das Bett zu hüten. Drei ohne weitere Zufälle verlaufene Entbindungen hatten auf dieses Verhalten gar keinen Einfluss; bemerkenswerth aber ist, dass zwei Kinder an Krämpfen litten, das jüngste taubstumm war. — Sommer 69 nach einem Umzuge traten die Symptome einer psychischen Alienation deutlicher hervor; sie schuldigte sich an, den Tod eines Mannes deshalb auf dem Gewissen zu haben, weil sie seiner Tochter ein Vergnügen abgeschlagen hätte; sie klagte, mit dem Namen dieses Mannes ginge sie Abends zu Bette und stünde des Morgens wieder auf; dabei fürchtete sie behorcht zu werden, las in den Mienen ihrer Umgebung allerlei verächtliche Gedanken, äusserte, man hielte sie für verrückt, auch sei ihr jüngstes Kind gar nicht taubstumm, es sei verrückt. — Die Stimmung wechselte sehr; bald ganz unzugänglich und trübe, bald ausgelassen heiter, weinte und lachte sie fast in einem Athem. Zum Herbst wurde sie unstäter, vernachlässigte ihre Wirthschaft mehr und mehr, schlief schlecht, ass sehr unregelmässig, wurde immer agiler, trommelte an den Fensterscheiben und auf dem Tische herum und machte endlich den Versuch, ihrem Manne zu entlaufen.

Am 21. October 69 der Anstalt zugeführt, zeigte sie sich hier sehr wechselnd; Zeiten der heftigsten Erregung wurden abgelöst von solchen einer gewissen Gefasstheit, doch ohne dass ein bestimmter Typus oder auch nur eine ungefähre Berechnung festzuhalten gewesen wäre. Sie wechselten hin und wieder stundenweise, dauerten aber auch mehrere Tage an. In den relativ freien Zeiten fiel die Kranke durch ihr gezwungenes Wesen auf; sie sprach mit einer gewissen Affectation, ihre Heiterkeit erschien erkünstelt, sie benahm sich launisch und uneinsichtig. Die Stimmung war in dieser Zeit wechselnd und unberechenbar; manchmal vergnügt und zu Scherzen aufgelegt, war die Kranke gleich darauf wieder einsilbig, unzugänglich und weinerlich, eigentlich immer ohne wahre Theilnahme für die Ihrigen, von auffallender Kälte gegen ihren Mann. Ihr Gedankenkreis war ein beschränkter; sie dachte eigentlich nur an sich; und wenn sie

etwa von den Ihrigen sprach, sò geschah es fast nur im Zusammhange mit der von ihr gewünschten Entlassung. Der Gedankengang war dabei ein ausserordentlich springender; hin und wieder kam sie mit ganz abrupten Gedanken hervor, wie sie z. B. einmal nach längerem Schweigen äusserte: „Es ist doch nöthig, dass man Vorstellungen hat!“ Der Inhalt ihrer Vorstellungen war meist depressiver Art; sie klagte über ihr körperliches Befinden, meinte, bald sterben zu müssen, fürchtete, unheilbar zu werden, bat, sie doch nicht in die Zwangsjacke zu stecken und glaubte, ihrer Hände Arbeit werde mit zur Bestreitung der Kosten ihres Aufenthalts verwerthet. Dabei hatte sie wenig Neigung, sich zu beschäftigen, sie las selten, spielte noch seltener Clavier und kam auch mit Handarbeiten nur wenig vorwärts, dagegen lag sie häufig auf dem Bett, auch auf der Erde, zupfte und kniff an sich herum, schnitt sich auch einmal ohne jeden ersichtlichen Grund die Haare ab. Häufig ging sie ganz gebeugt einher und behauptete, sie sei zu schwach, sich aufrecht zu halten; sie grimassirte viel und hin und wieder stand sie längere Zeit unbeweglich, die Hände in ihrem Haare eingewühlt mit schmerzlich verzogenem Gesichte da. Nur selten und zwar besonders in den letzten Monaten ihrer Anwesenheit war sie zugänglicher und in ihren Aeusserungen klarer; sie sprach dann objectiv von ihrer Krankheit, erzählte, wie sie in den Erregungszuständen von der furchtbarsten Angst gepeinigt werde, wie sie dann die entsetzlichsten Schmerzen im ganzen Körper habe, die sie zu allen möglichen Selbstbeschädigungen veranlassten. — Die Erregungszustände boten das Bild der heftigsten Angstanfälle. Trotz einer erotischen Beimischung war doch das Gesicht angstvoll verzerrt; die Kranke warf sich im Bette hin und her, aus diesem heraus, kroch auf der Erde herum, raufte sich die Haare, kniff, kratzte und schlug sich blutrünstig, schauerte an den Genitalien herum, bis sie bluteten, schrie, jammerte und lachte durcheinander, griff die ihr zunächst stehenden Personen an, brachte sich mit einem Messer Schnittwunden bei und schlug den Kopf gegen Wände und Bettpfosten, so dass das Gesicht auf das Höchste entstellt wurde.

Die Untersuchung des Körpers ergab, was die Brust und Unterleibsorgane anging, keine wesentlichen Abweichungen von der Norm; andauernd bestand eine unbedeutende Differenz der Pupillen, eine ausgebreitete Analgesie und häufig vermehrte, sehr wechselnde Pulsfrequenz. In den Zeiten der Ruhe konnte man bequem nur 72 Schläge in der Minute constatiren; im nächsten Augenblicke aber betrug die Frequenz 96 Schläge. In den Angstanfällen stieg sie auf 177 und besonders bemerkenswerth war, dass auch in dem durch Chloral hervorgerufenen Schlaf in diesen Zeiten sie noch 120 betrug, was zu wiederholten Malen auch des Nachts constatirt wurde. Es war hierbei die Herzaction eine überaus energische. — Sinnestäuschungen wurden nur in so fern nachgewiesen, als die Kranke Mienen, Geberden und Worte ihrer Umgebung falsch deutete. — Die Menses waren in den ersten Tagen ihrer Anwesenheit aufgetreten, nachher nicht wieder erschie-

nen. Der Appetit war häufig mangelhaft, ebenso der Stuhl retardirt, der Schlaf vielfach gestört.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Opium, Morphium subcutan bis zu 0,075 dreimal am Tage, warmen und kalten localen und allgemeinen Bädern, Eisumschlägen auf den Kopf und die Genitalien, Chloroforminhalationen und schliesslich Chloral.

Der Verlauf war zunächst ein entschieden ungünstiger, die Angstanfälle wurden häufiger und nahmen an Intensität zu; um Mitte Januar 70 nahmen sie einen sehr bedrohlichen Charakter an, die Kranke schlug mit dem Kopf gegen Thüren, Wände und Bettpfosten, dass derselbe mit grossen Beulen bedeckt, das Gesicht bis zur Unkenntlichkeit blauroth geschwollen war, während die Kranke das Wartpersonal in der unangenehmsten Weise angriff, so dass zur Anwendung von Zwang, wenn auch nur vorübergehend geschritten wurde. Derselbe wurde überflüssig, als man zu sehr dreisten Gaben Chloral schritt, zu 12,0 in getheilter Dosis innerhalb 12 Stunden. Seitdem nahmen die Angstanfälle an Häufigkeit und Heftigkeit wieder ab, so dass auch die Chloraldosen im Allgemeinen herabgesetzt werden konnten. In den freien Zeiten wurde die Kranke zugänglicher und theilnehmender, so dass sie sogar ohne nachweisbaren Schaden Besuche ihres Mannes empfangen konnte; doch blieb sie in ihrem Ernährungszustande noch immer sehr zurück. Im März traten wieder gehäuftere Angstanfälle auf, in einem derselben drängte sie plötzlich aus der Zimmerthür heraus und wurde ihr bei dieser Gelegenheit durch die Unvorsichtigkeit der Wärterin die letzte Phalanx der linken kleinen Zehe abgequetscht, ohne dass Patientin hierbei noch später beim Verbinden besondere Schmerzen geäussert hätte. Am Abend des 25. März erhielt die Kranke wegen ihrer Unruhe 4,0 und um Mitternacht 3,0 Chloral und verbrachte die Nacht hiernach leidlich ruhig; der folgende Tag verlief wieder weniger gut, sie warf sich auf die Erde, wälzte sich im Bette hin und her, grimassirte viel und war ganz unzugänglich. Sie erhielt Abends zur gewohnten Stunde Chloral 4,0 und schlief des Nachts bis gegen 3 Uhr anscheinend ruhig, fing dann an, sich im Bette umherzuwerfen und sprang nach 7 Uhr plötzlich mit lautem Gestöhn aus dem Bette, rannte nach der Thür, brach aber noch ehe sie dieselbe erreichen konnte, zusammen, schlug dabei mit der Nase gegen die Bettstelle der Wärterin und war todt. Es war dies Alles so rasch gegangen, dass die Wärterin, mit der sie das Zimmer theilte, das Niederstürzen nicht verhindern konnte. Die Verletzung auf dem Nasenrücken erwies sich als eine unbedeutende wenig blutende gequetschte Hautwunde ohne Beschädigung des Periostes und Knochens. Die sofort angestellten Wiederbelebungsversuche waren ohne Erfolg.

Der Tod war am frühesten Morgen des 27. März erfolgt, die Obduction fand circa 30 Stunden nach demselben statt; sie ergab Folgendes: die Leiche war schlecht genährt, die Muskulatur wenig entwickelt, zahlreiche confluirende Todtenflecke auf dem Rücken. Auf dem Nasenrücken eine

etwa linsengrosse gequetschte Hautwunde. Die letzte Phalanx der linken kleinen Zehe fehlend, die darauf folgende einige Linien weit necrotisch vorstehend, die umgebenden Weichtheile granulirend mit narbigem Rande. — Dura mater spinalis auf der Innenfläche im oberen Rücken und Lendentheile stellenweise röthlich gefärbt, ausserdem mehrfach fleckweise getrübt und an diesen Stellen mit reichlicheren Gefässramificationen versehen. Pia mater nur im unteren Lendentheile mit etwas reichlicherer Füllung der grossen Gefässe, dort auch mehrfache bis hanfkorngrosse Knochenplättchen, sonst zart. Das Mark selbst besonders im unteren Rückentheile etwas weich, überquellend, durchweg auffallend blass und etwas feucht. — Das Schädeldach war schwerer, Diploë vermindert, der Blutgehalt dafür reichlich; längs der Mittellinie ziemlich feste Verwachsungen mit der Dura mater; auf der Innenfläche ausgebreitete flache Hyperostosen. In der Kopfhaut einige ältere Blutextravasate, diesen entsprechend auf der Aussenfläche des Schädels Flecke von punktförmiger Injection. Nur im hinteren Abschnitt des Sinus longitudinalis wenig locker geronnenes Blut, reichlicheres im Sinus transversus. Dura mater auf der Convexität blass, etwas blutreicher in den beiden hinteren Schädelgruben; im vorderen Theile längs der Mittellinie durch zahlreiche pacchionische Granulationen mit der Pia mater verwachsen. Die letztere den grossen Gefässen entsprechend mässig getrübt, mit zahlreichen pacchionischen Granulationen, sonst ohne Abnormitäten. Das Gehirn den Sack der Dura prall ausfüllend, die Cônsistenz etwas zähe, der Blutgehalt gering. Die Seitenventrikel im Vorder- und Unterhorne etwas erweitert, die Commissura mollis sehr breit, das Ependym glatt, keine Atrophie, keine Heerderkrankung. Gefässe der Basis zart. — Beide Pleurahöhlen ohne freie Flüssigkeit, Lungen gut zurücksinkend. Im Herzbeutel etwas vermehrte seröse Flüssigkeit; Herz selbst etwas schlaff; in beiden Vorhöfen reichliches locker geronnenes Blut; im rechten Ventrikel ein kleines derbes Gerinnsel. Die Klappen bis auf eine kleine sehnige Verdickung an einem Zipfel der Mitralis zart; in der Aorta ascendens flache atheromatöse Auflagerungen. — Die linke Lunge im hinteren Umfange lose angewachsen, stark collabirt, auffallend trocken und blutleer, durchweg lufthaltig. Die rechte Lunge weniger collabirt, der Blutgehalt etwas grösser als links, aber noch immer gering, nur die Uebergangsstelle der hinteren in die Seitenfläche an der Peripherie stark blutreich, schwarzroth verfärbt, durchweg lufthaltig. — Abdomen ohne freie Flüssigkeit. Die Milz derb, die Malpighischen Körperchen sehr deutlich hervortretend; die Leber im Dickendurchmesser vergrössert, stellenweise etwas fettig. Die rechte Niere etwas gelappt. Alle drei Organe von fast schwarzrothem Ansehen entleeren eine unverhältnissmässige Quantität Blut. Die Scheidenschleimhaut blauroth, im Canalis cervicalis uteri ein Schleimpfropf. Sonst nichts Bemerkenswerthes. —

Es würde nun die Frage zu beantworten sein, woran die Kranke eigentlich gestorben ist. Man könnte am Ende an eine Chloralvergiftung denken,

da die Kranke am Abend vor dem Tode eine immerhin nicht ganz unbeträchtliche Menge dieses Medicamentes zu sich genommen hat. Es sprechen aber gegen eine solche Annahme verschiedene Dinge. Zunächst erscheint es nicht begreiflich, warum die Kranke nicht schon früher, etwa in der Nacht vorher, bei bedeutend höheren Dosen von Chloral einer Intoxication erlegen ist. Ferner ist die Kranke auch nicht in der Narcose zu Grunde gegangen, und man könnte höchstens an einen durch das Chloral bewirkten Erregungszustand denken, der mittelbar den Tod im Gefolge gehabt hätte. Da aber erfahrungsgemäss nach dem Chloralgenuss das Erregungsstadium dem der Erschlaffung vorausgeht, unsere Kranke nach dem Gebrauche des Mittels einige Stunden beruhigt gewesen ist und dann erst, wahrscheinlich nach Ablauf der Chloralwirkung aufgesprungen und plötzlich todt niedergestürzt ist, glauben wir auch diesen Gedanken von der Hand weisen zu müssen. Es spricht auch endlich das Fehlen der Gehirn- und Lungenhyperämie gegen eine Chloralvergiftung.

Ich halte es vielmehr für richtig, bei Abwesenheit von anderen gröberen pathologischen Veränderungen in den verschiedenen Organen, gerade die Anämie des Rückenmarkes und des Gehirnes als Todesursache hinzustellen. Es würde sich nur darum handeln, wie man sich das Zustandekommen dieser Anämie zu denken habe.

Es scheint mir der Umstand, dass keineswegs alle Organe von dieser Blutleere getroffen sind, sich vielmehr im Grossen und Ganzen ein eclatanter Gegensatz zwischen Leber, Milz und Nieren einerseits und den nervösen Centralorganen und den Lungen andererseits findet, einen gewissen Fingerzeig zu enthalten, auf welchem Gebiete wir werden zu suchen haben. Es ist dies das in neuerer Zeit so vielfach in den Vordergrund gerückte Gebiet des vasomotorischen Nervensystemes. Speciell für die Psychosen ist dies von *Wolff* bei seinen Untersuchungen über den Puls bei Geisteskranken geschehen, in denen er an der Hand der Sphygmographie nachweist, dass alle Psychosen mit Störungen des vasomotorischen Nervensystemes einhergehen und ferner schliesst, dass das Bestehen einer derartigen Störung ein disponirendes Moment zu psychischer Erkrankung abgiebt.

In seiner Abhandlung über den Shok weist *Fischer* in Breslau auf die Untersuchungen von *Goltz* und *v. Betzold* und *Bever* hin und erklärt die Erscheinungen des Shok gestützt auf jene physiologischen Untersuchungen aus einer durch traumatische Erschütterung bewirkten Reflexlähmung der Gefässnerven, insbesondere des Splanchnicus. Liest man die Schilderung der Symptome sowohl der erethischen wie der torpiden Form des Shoks, so wird man sich kaum der Erinnerung an Bilder erwehren können, wie sie uns Geisteskranke, in specie Melancholische, die von heftiger Angst gequält werden, vorgeführt haben, wenn auch natürlich eine Uebereinstimmung bis in's Einzelne nicht vorhanden ist. Vielleicht könnten wir auch in unserem Falle, der zu der angezogenen Klasse von Geisteskranken gehört, aus jenen Untersuchungen eine gewisse Aufklärung erwarten.

Im Wesentlichen laufen die angeführten Versuche von *Goltz* darauf hinaus, dass ein Frosch, dem auf die Bauchdecken oder auch direct auf den Magen eine Reihe rasch auf einander folgender Schläge — circa 144 in der Minute — applicirt werden, ohnmächtig wird, sein Herz blutleer, in der Diastole still steht und die Eingeweide des Bauches eine hochgradige Blutfülle zeigen. Er führte ferner aus, dass der Tonus der Gefässe für die Blutbewegung von der grössten Wichtigkeit sei, dass auch die Venen im Leben unter einem gewissen Tonus ständen, der vom Centralnervensystem abhängig, durch mechanische Reizung jener wie beim Klopfversuche aufgehoben werden könne. Es sei daher die beim Klopfversuche auftretende Blutfülle der Unterleibsorgane im Gegensatze zu der Blutleere des Herzens aus einer Lähmung des Gefäss- in specie des Venentonus zu erklären.

Die Resultate werden durch *v. Betzold* und *Bever* noch des Weiteren dahin ergänzt, dass speciell dem Splanchnicus beim Zustandekommen der besprochenen Erscheinungen eine wesentliche Rolle zukomme. Nach ihnen steht das Blut bei erhaltener Herzthätigkeit in den Körpercapillaren unter dem treibenden Einfluss zweier Muskelsysteme, des Herzens und der Arterien, beide verwenden ihre Kraft nach einer und derselben Richtung. Der überwiegende Theil der accessorischen Triebkraft wird vom Gehirn aus mittelst des Splanchnicus in jenem Arteriengebiete angeregt, welches in die Wurzeln der Pfortader einmündet. Die Reizung des Splanchnicus bewirkt eine Erhöhung des Blutdruckes um $^1/_5$; seine Durchschneidung ein Sinken des Blutdruckes und eine Ueberfüllung der Gefässe des Unterleibes; eine Angabe, die auch noch anderweitig durch *Ludwig* und *Cyon* bestätigt wurde.

Hiernach würde eine Lähmung des Splanchnicus die Hyperämie der Unterleibsorgane erklären, also für unseren Fall sehr wohl brauchbar sein. Es würde sich nur darum handeln, was die Veranlassung zu dieser Lähmung gab.

Eine directe Insultation der Baucheingeweide analog dem Klopfversuche, oder eine allgemeine Erschütterung des Körpers, die denselben Effect haben soll, liegt hier nicht vor; man müsste denn annehmen, dass beim Hinstürzen und vielleicht durch das Aufschlagen der Nase eine solche stattgefunden habe. Die Verletzung an der Nase war aber nur eine geringfügige, so dass man kaum annehmen kann, dass die einwirkende Gewalt eine erhebliche war, eine solche, die eine allgemeine Erschütterung des Körpers im Gefolge gehabt haben könnte; und ferner erscheint es doch wohl nicht ganz ungerechtfertigt, wenn man das Hinstürzen an sich schon als ein Symptom des erlöschenden Lebens ansehen will.

Wir müssen uns also nach einem anderen Momente umsehen, das experimentell als ein die Lähmung des Splanchnicus bewirkendes erprobt ist. Es wird uns dieses in Untersuchungen von *Ludwig* und *Cyon* geboten. Diese haben an Säugethieren einen dünnen Ast des Vagus nachgewiesen,

der aus dem Vagusstamme und dem Laryngeus superior oder aus dem letzteren allein entspringend sich zur Carotis begiebt und am Sympathicus bis zum Thorax läuft, in diesen eindringt und sich mit Aesten des Ganglion stellatum verbindet; sie charakterisiren ihn als einen der sensiblen Nerven des Herzens, dem sie wegen seiner eigenthümlichen Function den Namen Nervus depressor beilegten. Bei Reizung nehmlich seines centralen Endes tritt eine Verminderung des Blutdruckes und in ihrem Gefolge eine Herabsetzung der Pulsfrequenz ein. Wir haben also neben dem Splanchnicus, dessen Lähmung den Tonus der Gefässe herabsetzt, noch einen anderen Nerv und zwar einen Herznerven, dessen Reizung ebenfalls den Blutdruck vermindert. Ist aber durch Durchschneidung des Splanchnicus bereits der Blutdruck herabgesetzt, so wird durch Reizung des Nervus depressor diese Abnahme nicht vermehrt. Der Nervus depressor bewirkt also durch reflectorische Lähmung des Splanchnicus eine Hemmung des Gefässtonus. Die Verfasser erklären ihn als einen Regulator für das Herz, welches, wenn es überfüllt und hierdurch gereizt wird, die seiner Entleerung entgegenstehenden Hindernisse durch den Depressor vermindern kann.

Hier hätten wir also in der Reizung des Depressor ein Moment gefunden, welches die ungleiche Vertheilung der Blutmenge, die relative Blutleere der nervösen Centralorgane und Lungen gegenüber der Blutfülle der grossen Unterleibsdrüsen durch Lähmung des Splanchnicus hervorgerufen erklären könnte.

Denkt man nun daran, dass unsere Kranke in ihren Angstanfällen Pulsfrequenzen von 120—144 Schlägen zeigte, und diese Frequenz auch noch im Chloralschlafe unter Umständen auf 120 verblieb, dass sie unzweifelhaft in einem Angstanfalle gestorben ist, dann erscheint die Annahme, dass die enorm angespannte Leistung des Herzens bei unserer durch die Wiederholung ähnlicher und heftigerer Anfälle bereits heruntergekommenen, auch an und für sich schon zu nervösen Störungen aller Art disponirten Kranken eine Reizung des Depressor mit reflectorischer Lähmung des Splanchnicus im Gefolge gehabt hat, nicht so ganz unwahrscheinlich. Die hierdurch erzeugte Blutanhäufung im Abdomen bewirkte eine relative Anämie der übrigen Organe, insbesondere auch der nervösen Centralorgane. Durch das Aufspringen der Kranken im Angstanfalle wurde die letztere noch vermehrt und hierdurch der Tod herbeigeführt.

Es würde mir schlecht anstehen, wenn ich einen Umstand, der das Bild, welches ich mir von dem Zustandekommen der ungleichen Blutvertheilung in diesem Fall gemacht habe, einigermaassen zu trüben geeignet ist, mit Stillschweigen übergehen wollte. Es ist dies der Befund am Herzen, welcher in beiden Vorhöfen reichliche lockere Blutgerinnsel nachgewiesen hat, während in den *Goltz*'schen Versuchen ausdrücklich die Blutleere des Herzens hervorgehoben wird.

Ich möchte mir hierüber nur die eine Bemerkung erlauben, dass wohl nur in sehr seltenen Fällen der kranke Mensch in der Lage sein wird, mit

einem gesunden Versuchsthiere erfolgreich zu concurriren. Es werden beim kranken Menschen neben den Vorgängen, die dem physiologischen Experimente entsprechen, noch andere Momente hineinspielen, die das schliessliche Resultat in dieser oder jener Weise abändern müssen. Es darf uns dies aber nach meiner Meinung nicht abhalten, gerade in unserem so vielfach noch dunklen Gebiete der Nervenpathologie vorkommenden Falles wenigstens den Versuch zu machen, die Ergebnisse der Nervenphysiologie für die Erklärung anscheinend räthselhafter Vorgänge zu verwerthen.

Die vorgeschrittene Zeit zwang die ferner angekündigten Vorträge auf die nächste Sitzung am 15. März 1872 aufzuschieben. Ein gemeinsames Mahl schloss die Zusammenkunft.

Dr. *Ideler.*

Kleinere Mittheilungen.

Rede zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik[1]) *in Strassburg am 17. Mai* 1872. — Meine Herren! Indem ich Sie willkommen heisse und bereit finde, sich mit mir an das Studium einer Reihe von Lebenserscheinungen menschlichen Daseins zu begeben, die von jeher zu den grössten Problemen wissenschaftlicher Forschung gezählt haben, fühle ich zunächst das Bedürfniss Ihnen die wissenschaftliche Ueberzeugung der Gegenwart auszusprechen, was von jenen Processen zu halten sei, die wir rein phänomenologisch mit dem Ausdruck „Irresein" bezeichnen und die Gegenstand der Psychiatrie sind. Sind es Krankheiten der Seele oder des Leibes, sind es etwa immaterielle Vorgänge, geänderte Bedingungen in der Entäusserung eines immateriellen Wesens, das die Metaphysik Seele nennt, somit Seelen- oder Geisteskrankheiten, oder sind es Krankheitszustände eines körperlichen Organs, materielle Vorgänge gleich anderen Krankheitsprocessen, deren Krankhaftigkeit nur darin begründet ist, dass die Lebensvorgänge zwar dieselben, die Bedingungen, unter welchen sie zu Stande kommen aber geänderte sind.

In nicht so sehr weit hinter uns liegenden Zeiten war diese Frage die cardinale in der Psychiatrie, hinter der alle übrigen zurücktraten und im Kampf, den metaphysische Spekulation auf Grund spiritualistischer Anschauungen mit den materialistischen aufblühender naturwissenschaftlicher

---

[1]) Die psychiatrische Klinik im Sommersemester 1872 wurde von 10—12 Studirenden besucht. Da Lokalitäten und Material derselben ungenügend waren, folgte ich dankbar der von den Directionen der benachbarten Irrenanstalten Stephansfeld und Illenau gütigst gewährten Erlaubniss mit den Zuhörern dorthin Ausflüge zu machen und ausgewählte Fälle klinisch zu demonstriren. Diese klinischen Visiten fanden rege Betheiligung von Seiten der Hörer und ermöglichten es, mit Inbegriff der aus der Stadt zugegangenen und im Spital vorgestellten (20) Fälle etwa 70 Kranke klinisch zu verwerthen. Es ist Aussicht vorhanden, dass in Bälde eine den Anforderungen des Unterrichts genügende psychiatrische Klinik in Strassburg selbst errichtet wird.

Forschung führte, gewann bald die eine bald die andere Anschauung die Oberhand.

Die Psychiatrie gewann Nichts bei diesem Streit, der von beiden Seiten mit ebenso viel Scharfsinn als Erbitterung geführt wurde, bis sie sich überzeugte, dass ihr Heil nicht auf dem Boden metaphysischer Spekulation, sondern auf dem reiner Erfahrung und Beobachtung zu finden sei.

Unbeirrt um die Entgegnungen des Spiritualismus, der den Geist von der Materie trennte und diese jenem unterwürfig machte, unbeirrt aber auch durch die Einwürfe des Materialismus, der, in der Kraft nur die Wirkung des Stoffes erkennend, das Gehirn gerade so Gedanken secerniren liess wie die Leber Galle bereitet, hat die Psychiatrie ihren Entwickelungsgang als Erfahrungswissenschaft gemacht und eine Reihe von Erfahrungsthatsachen gesammelt, ohne die Lösung von Fragen zu versuchen, die nie die naturwissenschafttiche Beobachtung, höchstens die Spekulation wagen kann.

Indem sie die Frage ganz offen lässt, ob es ausser dem Gehirn noch ein immaterielles Etwas, eine „Seele“ gebe, beschränkt sie sich auf die Thatsache, dass das Gehirn das Organ des Geistes ist und jedem „Irresein“ eine Gehirnkrankheit zu Grunde liegt. Die Berechtigung dazu, das Gehirn als Organ des Geistes zu betrachten, schöpft sie aus einer Reihe von Hülfswissenschaften. So lehrt uns die vergleichende Anatomie, dass mit der höheren geistigen Entwicklung und Entwicklungsfähigkeit eine höhere Organisation des Gehirns parallel geht; die Anthropologie zeigt uns, dass je höherstehend die Raçe, um so vollkommener die Struktur der Gehirnoberfläche ist; wir wissen aus der Entwicklungsgeschichte des Menschen, dass die Differenzirung der Furchen und Windungen des Grosshirns beim Neugeborenen eine höchst unvollkommene ist und, gleichen Schritt haltend mit der Ausbildung der geistigen Leistungsfähigkeit, erst mit dem 21. Lebensjahr ihren Abschluss findet. Aber auch pathologische Erfahrungen, wie z. B. das Studium der Hemmungsbildungen des Gehirns und des Schädels, Entartungen des Gehirns durch Krankheitsprocesse, chirurgische Verletzungen, weisen uns unwiderleglich darauf hin, das Gehirn und von diesem wieder gewisse Theile, namentlich die Rinde der Grosshirnhemisphären als das Organ des Geistes zu betrachten.

Dass aber das Irresein auf materiellen Processen in diesem Organ beruht, geht einfach aus dem Studium der klinischen Phänomene, der Entstehungsweise der psychischen Störungen und den Resultaten der Leichenöffnungen von im Irresein Gestorbenen hervor.

So sehen wir, dass vielfach mit den psychischen Funktionsstörungen solche im Gebiet von Sinnes-, motorischen, sensiblen und vasomotorischen Nerven, ja selbst Veränderungen der Ernährung, der Blutmischung, des Schlafs und gewisse sensorielle Störungen, wie z. B. Kopfweh und mancherlei anomale Gefühle einhergehen. Wir erfahren aus der Aetiologie, dass die Gesetze der Entstehung dieser Krankheiten wesentlich die gleichen sind, wie bei den übrigen Hirn- und Nervenkrankheiten, dass z. B. das anthro-

pologische und jedenfalls nur auf organischer Basis denkbare Gesetz der Vererbung hier eine eminente Bedeutung hat; endlich finden wir bei den Leichenöffnungen in der Regel Veränderungen gerade in den als psychisches Organ angesprochenen Theilen des Gehirns und sehen uns schon jetzt zur Aufstellung des Satzes berechtigt, dass es keine einzige diffuse Veränderung in der Rindenschicht der Grosshirnhemisphären giebt, die nicht klinisch in Störungen der psychischen Funktionen sich kundgäbe.

So darf also die Psychiatrie getrost den Satz als fundamentalen ihrem ganzen Wissen voranstellen: Geisteskrankheiten beruhen auf Hirnkrankheiten, von denen sie klinisch nur dadurch sich unterscheiden, dass die Störungen der psychischen Funktionen hier die vorwiegenden sind, und zwar deswegen, weil die anatomischen Veränderungen vorzugsweise oder ausschliesslich das Organ des Geistes, die Rinde der Grosshirnhemisphären betroffen haben.

Bis zu dieser Stufe der Erkenntniss hat die Psychiatrie Jahrhunderte nöthig gehabt. Sie hat sie mühsam erklimmen müssen, vielfach beirrt durch Philosophie und Theosophie, Metaphysik und Spekulation.

Es dürfte aus mehr als einem Grund lohnend sein diesen Entwicklungsgang Ihnen in Kürze vorzuführen. Zeigt sich doch gerade in ihm das rastlose Ringen des Menschengeistes, unbeirrt durch Hindernisse, seinem hohen Wahrheitsziel zuzustreben, ist doch aus dieser besseren intellectuellen Erkenntniss eine der schönsten Blüthen des Culturlebens hervorgegangen: die humane Fürsorge für Wohlfahrt und Heilung von Unglücklichen, die des edelsten aller Güter beraubt sind. Aber auch für uns, die wir ringen sollen nach dem ungeheuren Ziel der Erforschung der Wahrheit, liegt im Ueberblick des bisher Erreichten und der Art wie es erreicht wurde, ein Trost für die kärgliche Ausbeute unseres bisherigen Strebens und eine mächtig fördernde Anregung den mühsam errungenen Bahnen weiter zu folgen. —

Die Geschichte menschlicher Seelenleiden ist alt wie die des Menschengeschlechts, — neu ist nur die ihrer Heilung und Linderung. Jene zählt nach Jahrtausenden — ein düstrer Schleier deckt das Leben und Leiden Derer, welche in der Zeit wissenschaftlichen Wahns und Irrthums dem eigenen Wahn und Geistesirrthum erlagen; diese rechnet nur nach Decennien — aber ihr Pfad ist nicht düster und verworren, sondern hell und klar, bezeichnet mit Marksteinen voll ehrwürdiger Namen und gewichtigen wissenschaftlichen Wahrheiten.

Es giebt nicht leicht ein Blatt in der Culturgeschichte, das so gemischte Empfindungen hervorruft, als dasjenige, welches von der Entwickelung der Irrenheilkunde berichtet. Von den krassesten Irrthümern giebt es Kunde: von Gefolterten, Verbrannten, Besessenen und Verzauberten, die doch nur Geisteskranke waren, von Kranken, die in Gefängnissen schmachteten, mit Ketten belastet, zusammengesperrt mit den schwersten Verbrechern, dem Unverstand und der Rohheit eines Kerkermeisters preisgegeben, der die

Sprache des Leidens nicht verstand, kein Herz für dasselbe hatte und erbarmungslos über dem Unglücklichen wie dem Verbrecher die Peitsche schwang. Aber je weiter wir auf dem Blatt lesen, um so freier wird der Blick, um so leichter das Herz. Durch die Geistesnacht dringt ein Strahl der Morgenröthe, ein Strahl, der erwärmt und zündet. Der Kampf mit Irrthum und Rohheit war ein langer und schwerer. Er galt nichts Geringerem als dem Jahrhunderte lang gehegten Vorurtheil, das in dem unglücklichen Geisteskranken nur den Entmenschten, Verthierten, geistig Todten oder den von Gott Verlassenen, von bösen Mächten Besessenen, den Auswürfling und Verbrecher sah.

Die Beseitigung dieser Irrthümer ist das Resultat der neueren Bestrebungen der Irrenheilkunde. Haben auch Viele sie vorbereitet, bedeutende Geister sie vorausgeahnt und verkündigt, so ist sie doch wesentlich das Verdienst der Irrenanstalten und Irrenärzte des 18. und 19. Jahrhunderts.

Die Geschichte des Irreseins verliert sich im grauen Alterthum. Das Wenige, was wir über jene ferne Zeit wissen, beschränkt sich auf gelegentliche Mittheilungen im alten Testament und in den Werken der Dichter. So heisst es, dass von Saul der Geist des Herrn wich und ein böser Geist ihn unruhig machte, wogegen er in Davids Harfenspiel Erleichterung fand. Von Nebucadnezar, dem König von Babylon, berichtet das Buch Daniel, dass er sich in ein Thier verwandelt wähnte, von den Menschen verstossen ward, Gras verzehrte gleich Ochsen, dass sein Leib unter dem Thau des Himmels lag und nass ward bis sein Haar wuchs so gross wie Adlerfedern und seine Nägel wurden wie Vogelklauen.

Auch im neuen Testament finden sich mehrfach Andeutungen von Wahnsinnigen und Besessenen. Nicht minder reich sind die Werke der griechischen Dichter. Der schlaue Odysseus stellte sich geistesgestört, um nicht am Krieg gegen Troja theilnehmen zu müssen, Ajax, der Held der Iliade, wird tobsüchtig, d. h. von den Furien gepeinigt und stürzt sich in sein Schwert; Beispiele von Melancholie bieten Orestes und Oedipus, die von den Eumeniden verfolgt werden, von Lycanthropie der Wahnsinn des Königs Lykaon von Arkadien etc.

Bei der niedrigen Stufe naturwissenschaftlicher Kenntnisse jener Zeiten darf es uns nicht wundern, wenn solche Zustände falsch beurtheilt und dem übernatürlichen Einfluss geheimnissvoller dämonischer Gewalten oder dem Zorn der Götter zugeschrieben wurden.

Die etwaige Behandlung derartiger Leiden beschränkte sich demnächst auf Beschwörungen, Ceremonien und Zaubermittel. Die Kranken wurden entweder als Heilige verehrt, wie dies heutzutage bei wenig gebildeten Völkern des Orients noch der Fall sein soll, oder religiös beeinflusst, wie im alten Aegypten, wo sich dem Saturn geweihte Tempel befanden, in die man die Geisteskranken brachte. In diesem Zustande blieb die Irrenheilkunde bis auf Hippocrates (460 v. Chr.). Mit ihm nimmt sie einen bemerkenswerthen Aufschwung, er entwindet sie den Händen der Priester,

die in dem Asclepios geweihten Tempeln Kranke behandelten und orakelartige Consultationen gaben und macht sie zum Gegenstand naturwissenschaftlicher Forschung, der sie bis zum Anfang des 3. Jahrhunderts blieb.

Die Hippocratische Lehre lässt sich folgendermaassen in unserer gegenwärtigen Ausdrucksweise wiedergeben:

„Das Gehirn ist der Sitz der Seelenthätigkeit und wie alle Organe natürlichen Krankheitsursachen unterworfen. Geisteskrankheiten sind bedingt durch Abnormitäten des Gehirns, die hauptsächlich durch Veränderungen in den 4 Cardinalsäften (Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle) gesetzt werden. Aber auch die Erblichkeit, acute und chronische Krankheiten verschiedener Organe, Unterdrückung gewohnter Absonderungen geben Anlass zu psychischer Erkrankung, wobei offenbar Wahnsinn und Fieberdelir nicht von einander getrennt, sondern vielfach als Phrenitis zusammengeworfen werden. Von Geisteskrankheiten kennt H. die Formen der Melancholie, Tobsucht, Geistesschwäche. Nervenleiden, namentlich Krämpfe (Epilepsie?) gesellen sich leicht zum Irrsein, dann ist die Prognose ungünstig. Im Uebrigen sind Geisteskrankheiten meist heilbar, selten tödtlich. Die Kur ist eine somatische, eine arzneiliche und diätetische, doch dürfen nie die Temperamente, auf deren Boden sich die Geistesstörung entwickelt, ausser Acht gelassen werden. Meist ist das melancholische, d. h. schwarzgallige Temperament überwiegend, weshalb H. ableitende Behandlung durch Helleborus, Aderlass, Brechmittel, rigorose Diät und Ruhe anwendet.

Sie sehen, m. H., dass der geniale Arzt des Alterthums von unserer heutigen Anschauung nicht weit entfernt war; er ist jedenfalls der Erste, der erkennt, dass hier das Gehirn erkrankt sei, dass psychische Krankheiten nicht übernatürliche, sondern leibliche Störungen sind gleich anderen Krankheiten auch. Die Hippocratische Lehre wurde zum Dogma für die Nachfolger, doch ist ein gewisser Fortschritt auf dem betretenen Weg nicht zu verkennen.

Aretäus (80 p. Chr.) giebt eine gute Beschreibung der Melancholie, macht gute Bemerkungen über Manie, Diagnostik und Prognose. In der Aetiologie steht er ganz auf dem vorwiegend humoralpathologischen Boden seines grossen Vorgängers.

Galen (160 p. Chr.) hält am Satze fest, dass Geisteskrankheiten Hirnkrankheiten sind. Er kennt sie als primäres Hirnleiden und in deuteropathischer Entstehungsweise, durch Affection anderer Organe, namentlich der abdominalen. Auch eine genauere Scheidung des Fieberdeliriums (Phrenitis) von den eigentlichen Psychosen hat er durchgeführt. Eine hervorragende Erscheinung ist Caelius Aurelianus, der Zeitgenosse Trajans und Hadrians.

Er fasst die verschiedenen chronischen Krankheitsformen im Grund nur als Varietäten ein und derselben Krankheit auf, auch hat er sich von der Theorie der Cardinalsäfte glücklich emancipirt und erkennt einfach körperliche und psychische Krankheitsursachen an. Seine Heilmethode ist

schärfer und präciser als die seiner Vorgänger. Die Zwangsmittel verwirft er fast gänzlich, Anfänge einer psychischen Behandlung finden sich vielfach. Entschieden betont er den Satz, dass Geisteskrankheiten nur Hirnkrankheiten mit vorwaltenden psychischen Symptomen, weshalb sie zur Domaine des Arztes gehörten, denn kein Philosoph habe bisher eine Heilung herbeizuführen vermocht.

Mit Caelius Aurelianus ist die erste Blüthezeit naturwissenschaftlicher Forschung dahin und 16 lange Jahrhunderte herrschen nach diesem glücklichen empirischen Vorgehen griechischer und römischer Aerzte Unwissenheit und Vorurtheile, Gaukelei und Mysticismus. Völkerwanderung und Zerfall des altrömischen Reichs sammt seiner Culturentwickelung waren einem Fortschritt der Wissenschaften nicht günstig. Die Psychiatrie verfiel von nun an zugleich mit der übrigen Medicin und wir finden sie in der Folge in den Händen unwissender Mönche oder roher Empiriker und Gaukler. Die Therapie bestand, wie im Uranfang, in Exorcismen und Kasteiungen, in Zauber- und Scharfrichtermitteln, nicht selten auch in Tortur und Todesstrafe. Die Irrenheilkunde wurde immer mehr Domaine der Kirche, die die Geistesstörungen nicht als körperlich bedingte Krankheiten erkannte, sondern vielmehr für Einwirkung böser Geister hielt, ein Wahn, der im Delirium der Kranken sich wiederspiegelte, die im Mittelalter grösstentheils die Form der Daemonomanie oder Besessenheit darboten. Die Behandlung der unglücklichen Irren fiel den Priestern anheim, die in blindem Fanatismus dem vermeintlichen Hexen- und Teufelsspuk den Scheiterhaufen entgegensetzten oder mit kräftigem Exorcismus den bösen Dämon auszutreiben versuchten. Unzählig ist die Zahl der Hexenprocesse, unzählig sind die Unglücklichen, meist Melancholische, die dabei ihren Tod fanden. So sollen im Kurfürstenthum Trier binnen weniger Jahre 6500 Menschen als bezaubert und behext hingerichtet worden sein. Die kaum weniger zu bedauernden Tobsüchtigen wurden in finsterem Kerker gefesselt gehalten, die Blödsinnigen liess man in Schmutz und Elend verkommen. Nur wenige Kranke, deren Wahnsinn für die Kirche nichts Anstössiges hatte, fanden da und dort in Klöstern und Stiftungshäusern eine Zuflucht.

So blieb sich das Schicksal der Irren Jahrhunderte lang ziemlich gleich und wenn schon Karl d. Gr. verboten hatte, Hexen zu verbrennen und der edle Wier 1517 sich an Kaiser und Reich wandte mit der Bitte, das unschuldige Blut der Hexen zu schonen, die ja nur wahnsinnige oder hysterische Frauen seien, so waren diese vereinzelten Stimmen noch nicht im Stand, die träge abergläubische Menge, deren Vorurtheile von der Geistlichkeit genährt wurden, zu belehren. So kam es, dass die Hexenprocesse bis tief in's 18. Jahrhundert hinein ihren ungestörten Fortgang nahmen. Mit dem Zeitalter der Reformation beginnt auch für die Medicin der Anbruch einer besseren Zeit, aber es dauerte noch lange bis diese im Kampf mit Aberglaube, Mystik und Scholastik siegreich hervorging und sich aus den Banden der Kirche befreite, namentlich aber bis der blinde Autoritäts-

glaube an die Alten durch die positiven Forschungen eines Vesal und durch die zersetzende Polemik eines Paracelsus gestürzt wurde. Schon im 18. Jahrhundert regen sich Anfänge einer besseren Erkenntniss. Die Bemühungen Wier's finden Unterstützung in Porta und Zacchias, Anfänge einer wissenschaftlichen Bearbeitung der Psychiatrie finden sich in den Schriften eines Mercurialis, Prosper Alpinus, Bellini, Fernelius. Felix Plater 1537—1614 versucht eine Classifikation der Geisteskrankheiten, aber erst Ende des 17. Jahrh. nahmen die Naturwissenschaften durch Männer wie Harvey und Baco einen gedeihlichen Aufschwung. Auf dem Gebiet der Psychiatrie sind die Anfänge kindlich. Man streitet noch lange darüber ob der Irre ein von bösen Geistern Besessener und der Geistlichkeit zu überlassen sei oder ein Kranker, der der Medicin anheimfalle..

Die Aufgeklärteren unter den Aerzten sind noch im Zweifel darüber ob die Ursache des Irreseins in der Galle, im Schleim oder Blut zu suchen sei. Heilversuche werden keine gemacht oder albern angestellt und zeigen nur wie die Wissenschaft im Argen liegt. Wie man früher den Teufel austrieb wollen die Aerzte jetzt den Wahn austreiben und verfallen, unbekannt mit seiner Entstehung und klinischen Bedeutung, auf die lächerlichsten Dinge. Ein Kranker, der sich ohne Kopf glaubt, wird dadurch „geheilt", dass man ihm eine Mütze von Blei aufsetzt, einer Frau, die eine Schlange im Leib zu haben glaubt, prakticirt man geschickt eine solche in's Erbrochene. Einen Kranken, der sich für so kalt hielt, dass er glaubte, Nichts als das Feuer könne ihm seine natürliche Wärme wiedergeben, liess Zacutus Lusitanus (1571—1642) in einen Pelz nähen und diesen anzünden. Dies waren die Wunderkuren der Aerzte. Die Mehrzahl der Kranken blieb sich selbst überlassen, schutz- und rechtlos der Verfolgung anheimgegeben. Noch im Jahr 1573 erlaubte ein englischer Parlamentsbeschluss den Bauern auf Diejenigen Jagd zu machen und sie zu tödten, die man Wehrwölfe nannte, weil sie in ihrem Wahn sich für wilde Thiere ausgaben und gräulich verwildert in den Wäldern umherstreiften. An manchen Orten wurden die Irren Abrahamsmänner genannt. Sie waren von Jedermann gemieden, nur hier und da regte sich ein besseres Gefühl des Mitleids und schuf ihnen kärgliche Nahrung und Unterkunft. Scharfrichter und Geisterbeschwörer versahen an den vermeintlichen Wehrwölfen und Besessenen die Stelle der heutigen Irrenärzte. Dass selbst Reichthum und hoher Stand hülflos bei der Unkenntniss und den Vorurtheilen jener Zeiten waren, lehrt uns die Geschichte jener unglücklichen Johanna von Castilien, die nach dem Tode ihres Gemahls Philipp des Schönen melancholisch wurde, ihres Urenkels, des Kaisers Rudolf II., der Herzogin Anna von Würtemberg (1571), die ohne ärztliche Hülfe und Pflege 18 Jahre lang von ihren Kindern eingesperrt wurde, bis sie der Tod von ihren Leiden erlöste.

Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts war das Loos der Irren ein sehr trauriges. War man auch allmälig zu richtigeren Anschauungen über das Wesen dieser dunklen Krankheitszustände gelangt, ahnten auch schon ein-

sichtsvolle Aerzte, dass es sich hier um krankhafte Störungen der Gehirn- und Nerventhätigkeit handle, so war eine wichtige Thatsache ihnen doch unbekannt, nämlich, dass diese Krankheiten, wenn rechtzeitig erkannt und richtig behandelt, geheilt werden können, ja selbst in einem gewissen Stadium leichter heilbar sind als manche andere Nervenkrankheit. So lange diese Wahrheit nicht erkannt war, betrachtete die Gesellschaft die Irren als verlorne Glieder, der Staat sie als eine Gefahr oder Last und fühlte sich im Vorurtheil ihrer Unheilbarkeit vollkommen beruhigt, wenn er sie als gemeingefährliche Menschen sicher verwahrt hinter Schloss und Riegel in den Händen eines Kerkermeisters wusste.

Aber die Zeiten sollten sich ändern. Immer lauter wurden die Stimmen der Aerzte und Menschenfreunde, die zunächst nur aus Gründen der Humanität darauf drangen, dass man in dem unglücklichen Irren wenigstens den Menschen achten solle und auf eine Verbesserung des Looses der in Detentionshäusern in Ketten Schmachtenden hinwirkten, dann aber, im Hinblick auf einzelne Genesungen, die die Natur selbst unter den ungünstigen Bedingungen des Kerkers und Tollhauses vollbracht hatte, an die Möglichkeit einer Heilung der Geistesgebrechen durch Verbesserung der Lage der Irren dachten. Das erste Land, in welchem der Heilzweck im Grossen angestrebt wurde, war England, wo Mitte des vorigen Jahrhunderts eine Heilanstalt, St. Lukes bei London, freilich in noch sehr unvollkommener Weise, aber unendlich besser als das unter Eduard IV. errichtete Tollhaus Bedlam, in's Leben trat. Es war dies zu einer Zeit, wo man auf dem Continent noch im Stadium der Zucht-, Detentions- und Tollhäuser für die Unterbringung solcher Unglücklichen sich befand. Auf die Errichtung von St. Lukes folgte nach kurzer Zeit die einer Anstalt für geistesgestörte Quäker bei York, durch Tuke.

Fast gleichzeitig gab Cullen den Anstoss zur wissenchaftlichen Entwickelung der Psychiatrie in England, indem er die Geisteskrankheiten als Nervenkrankheiten behandelte, eine Ansicht, die auch von *Crichton*, *Arnold*, *Pargeter*, *Haslam*, *Perfect* vertreten wurde.

In Frankreich lieferte *Lory* 1765 ein gutes descriptives Werk über Melancholie; namentlich aber war es *Pinel*, der anfangs freilich ganz unter dem Einfluss *Locke*'scher und *Condillac*'scher Philosophie die psychischen Krankheiten zum Gegenstand seines Studiums machte und im Verlauf seiner praktischen Wirksamkeit sich das unvergängliche Verdienst erwarb, dass er die Irren zu Menschen erhob, ihnen die Ketten abnahm und den Einfluss humaner und psychischer Behandlung auf die Heilung solcher Unglücklichen nachwies.

In Deutschland war es *Langermann*, der, 1810 zum Leiter des Medicinalwesens in Preussen ernannt, sich nebst *Pienitz* verdient um die Reform des Irrenwesens machte.

Erst das 19. Jahrhundert sollte übrigens einen mächtigen Aufschwung der Psychiatrie und ihre innige Verknüpfung mit der übrigen Medicin er-

blicken. Während die Initiative zur gedeihlichen Entwickelung des Irrenwesens ausschliesslich den Engländern und Franzosen zukommt, dürfen auf den wissenschaftlichen Aufschwung der Psychiatrie alle Culturvölker Europas gleichen Anspruch machen.

Eine hervorragende Erscheinung in diesem Wettstreit der Forscher aller Länder bildet in Frankreich *Pinel's* Schüler *Esquirol*, als Bearbeiter des grössten Theils der Disciplin und erster klinischer Lehrer in Frankreich. Nach ihm brachten *Georget*, *Bayle*, *Calmeil*, *Foville*, *Leuret*, *Gratiolet* wichtige anatomische, aetiologische und klinische Errungenschaften; auch die ersten genaueren Kenntnisse über die Paralyse der Irren verdanken wir den französischen Collegen, unter denen auf klinischem Gebiet unter den Neueren namentlich *Morel*, die beiden *Falret*, *Brierre de Boismont* u. A., auf administrativem *Ferrus*, *Parchappe* in erster Reihe zu nennen sind.

Hervorragende wissenschaftliche Fortschritte machte die Psychiatrie in England durch *Cox*, *Willis*, *Prichard*, *Ellis*, in neuerer Zeit durch *Bucknill*, *Robertson*, *Mandsley*, während *Conolly* sich grosses Verdienst um die Abschaffung des mechanischen Zwangs in der Irrenbehandlung erwarb; in den Niederlanden durch *Schröder van der Kolk*, den bedeutenden Anatomen, Physiologen und Neuropathologen, in Belgien durch *Guislain*, in Italien durch *Biffi*, *Verga*, *Castiglioni*, *Lombroso*, *Livi*, in Schweden durch *Oehrström* und *Kjellberg*, Beide Vorsteher klinischer Lehranstalten für Psychiatrie in Stockholm und Upsala. In Deutschland standen der Entwickelung der Disciplin als Naturwissenschaft grössere Schwierigkeiten gegenüber; namentlich durch den Einfluss der *Kant*'schen Lehre und der *Schelling*'schen Naturphilosophie und so sehen wir die Psychiatrie bis in die letzten Jahrzehnte mannichfachen Verirrungen und Hemmungen, durch einseitig philosophisch-psychologische Betrachtungsweise ausgesetzt. In dieser Richtung thätig finden wir Männer wie *Hoffbauer*, *Reil*, *Blumröder*, vor Allem aber *Heinroth*, Prof. der Psychiatrie in Leipzig. „Die Seele galt ihm als eine freie, durch Reize erregbare jedoch mit Selbstbestimmungsvermögen begabte Kraft, der Leib als nichts Selbständiges, sondern als zum Organ gewordene Seele. Ihr Grundgesetz ist die Freiheit, die Quelle ihrer Erhaltung die Vernunft. Seine Aetiologie des Irreseins ist eine rein ethische religiöse: Alle Uebel des Menschen kommen aus der Sünde, daher auch die Seelenstörungen. Die Seele macht sich selbst krank durch freiwillige Selbsthingabe an Leidenschaften und Sünde, nämlich den Abfall von Gott. Die Hauptsache in der Heilung der psychischen Krankheiten ist frommes Leben, Hingabe an Gott und das Gute. Das einzige Schutzmittel gegen jene ist der christliche Glaube.

Trotz dieser Irrwege gewann die einseitig ethische Anschauungsweise *Heinroth*'s Anhänger, zunächst in *Beneke*, der die Seelenstörung rein im psychischen Gebiet findet und demgemäss behandelt, dann in *Ideler*, der mit seltenem Scharfsinn und Dialektik sie für krankhaft gewucherte Leidenschaft erklärt.

Die berechtigte Opposition gegenüber diesen Verirrungen konnte nicht ausbleiben. Die Hauptvertreter der als Reaktion gegen diese spiritualistischen, psychologischen, ethischen Grundsätze sich erhebenden somatischen Schule waren *Nasse*, der durch seine 1817 gegründete Zeitschrift für psychische Aerzte Anstoss und Organ gab, namentlich aber *Vering*, *Friedreich*, *Amelung*, die vorläufig noch an der Ansicht festhielten, dass der Sitz der psychischen Krankheiten nicht die Seele, sondern das Gehirn sei; endlich *Jacobi*, der sogar soweit ging, den Sitz der psychischen Krankheiten in die extracephalen Organe zu verlegen, die Geistesstörung nur als Symptom aufzufassen, das jede Krankheit der vegetativen Organe begleiten könne und so nur einen höchst untergeordneten Werth der nach ihm secundären Hirnaffection beilegte. Trotz all dieser Einseitigkeiten wurde damit doch der naturwissenschaftlichen, somatischen, anatomischen Richtung allmälig die Oberhand über alle moralphilosophischen, metaphysischen, speculativen Anschauungen verschafft, die gedeihliche Entwicklung der Psychiatrie als Naturwissenschaft gesichert und ist inniger Anschluss an die übrige Medicin möglich gemacht.

Eine rege Thätigkeit entwickelte sich nun auf dem Gebiet der Psychiatrie. Die fortschreitende Humanität schuf günstige Orte und Gelegenheit zur klinischen Beobachtung Geisteskranker in gut geleiteten Irrenanstalten, die Resultate dieser Forschungen fanden ihr Organ in der durch *Damerow*, *Flemming*, *Roller* gegründeten Zeitschrift für Psychiatrie, die Anstaltsärzte suchten die rein empirische beobachtende Methode, die in den übrigen Naturwissenschaften sich so glänzend bewährt hatte, auch in der eigenen Disciplin zu verwerthen und die riesigen Fortschritte der Physiologie, pathologischen Anatomie, Neuropathologie, Anthropologie, Psychophysik für jene nutzbar zu machen.

Verdienstvolle Forscher auf dem nunmehr rein somatischen medicinischen Boden sind *Flemming*, *Jessen*, *Zeller*, welch' Letzterer zuerst aussprach, dass die verschiedenen Formen von Geistesstörung nur verschiedene Stadien ein und desselben Krankheitsprocesses, des Irreseins sind, namentlich aber sein bedeutender Schüler *Griesinger*, der in seinem nahezu epochemachenden 1845 erschienenen Lehrbuch in geistvoller Weise alle bisher gewonnenen Resultate der exakten medicinischen Richtung zusammenfasste und verwerthete. So hat sich die Psychiatrie allmälig ihre richtige Stellung im Verband der Naturwissenschaften errungen und die letzten ihr anklebenden philosophisch-psychologischen Schlacken abgestreift. Vor einer Rückkehr auf die alten Irrwege sichert sie die strengwissenschaftliche Richtung ihrer Vertreter und wir dürfen mit Beruhigung auf die fernere Entwickelung einer Disciplin schauen, der die Lösung nicht blos höchst schwieriger, sondern auch eminent praktischer Fragen anvertraut ist und dabei eine immerhin spärliche Unterstützung von Seite der Hülfswissenschaften bei deren gegenwärtigem Stand zu Gebot steht. Von hervorragender Bedeutung sind hier die neueren Leistungen der empirischen Psychologie seit

Herbart und der durch *Drobisch*, *Domrich*, *Waitz*, *Volkmann*, *Lotze* repräsentirten Schule, namentlich die Fortschritte der Psychophysik (*Fechner*, *Wundt*), die uns hoffen lassen, mit der Zeit zu einer Statik und Mechanik der psychischen Vorgänge zu gelangen.

Durch die Fortschritte der Hirnanatomie, durch die Untersuchungen von *Henle*, *Ecker*, *Reichert*, *Meynert* u. A. sind wir der feineren Morphologie des Gehirns näher gekommen, ob es je gelingen wird durch die Fortsetzung der microscopischen Forschungen eines *Virchow*, *Rokitansky*, *Stilling*, *Deiters* u. A. die Struktur und das Leben jener höchstorganisirten Ganglienzellen zu ergründen, an die wir uns die psychischen Lebensprocesse geknüpft denken müssen, mag dahingestellt bleiben.

Gering anscheinend aber nicht zu unterschätzen sind die Fortschritte der Physiologie für den Irrenarzt. Wenn sich auch das menschliche Hirn dem Experiment entzieht, Electrotonus und negative Stromschwankung keine psychiatrischen Werthzeichen sind, mit denen wir rechnen können, so dürfen wir doch aus gewissen neueren Forschungen, namentlich über vasomotorische Nerven und deren Funktionen weitere Anhaltspunkte für das Verständniss gewisser Erscheinungen im Irresein vermuthen.

Mit den Leistungen der Gehirn- und Nervenpathologie geht die Psychiatrie Hand in Hand, da sie von ihnen nur ein Theil ist. Wenn auch die Störungen der psychischen Funktionen bei den ihrer Domaine zufallenden Krankheiten im Vordergrund stehen und einer empirisch-psychologischen Betrachtungsweise nicht entbehren können, so sind die anderweitigen Anomalien der Hirnfunktionen, die Störungen der motorischen, sensiblen und Sinnesnerven nicht zu unterschätzen. Jedenfalls ist ein erfolgreiches Studium der Geisteskrankheiten ohne eine genaue Kenntniss der Erfahrungen und Gesetze der übrigen Nervenpathologie nicht denkbar.

Als Hülfswissenschaften zur Erkennung und Behandlung der psychischen Krankheiten sind endlich die Ophthalmoscopie, die Otiatrik, die Electrotherapie und Gynaecologie nach verschiedenen Richtungen belangreich und von praktischer Bedeutung.

Aber eine Wissenschaft ist sich nicht blos Selbstzweck, sie muss eine encyclopädische Stellung zu den übrigen Wissenschaften und eine sociale Bedeutung haben. Die erstere ist der Psychiatrie deutlich vorgezeichnet durch ihre Auffassung als Theil der Gehirn- und Nervenpathologie und ihre bisherigen Fortschritte lassen hoffen, dass sie auch mit der Zeit den anderen Wissenschaften nützlich wird. Anfänge sind bereits vorhanden und gewisse allgemein pathologische und anthropologische Fragen wie z. B. die der Vererbung zu einer Anerkennung und Durchforschung gelangt, wie wir sie anderen Krankheitsprocessen gegenüber vermissen. Diese Entwickelung und Bedeutung kann die Psychiatrie nur gewinnen im regen Verkehr und Austausch mit den übrigen Wissenschaften und es ist nicht blos Zufall oder specielles fachliches Bedürfniss, dass sie endlich ihre akademische Vertretung auf den Hochschulen gewonnen hat. Aber ihre wichtigsten Probleme liegen

vorerst in der hohen socialen Bedeutung, die sie durch die Eigenthümlichkeit ihres Gegenstandes einnimmt.

Eines der bedeutendsten ist die öffentliche Fürsorge der in den letzten Jahrzehnten immermehr sich anhäufenden Zahl der Irren in allen Ländern. Eine gering angeschlagene Schätzung ergiebt eine Zahl von etwa 200,000 Geisteskranken in den europäischen Staaten, davon mindestens 80,000 in Anstalten. Die humane Fürsorge für diese Unglücklichen ist ein ernster Gegenstand der Erwägung für Staatsregierungen und Fachmänner. Die Zwecke der Heilung, der Sicherstellung der Gesellschaft vor den Erkrankten, der humanen Verpflegung der oft Jahrzehnte lang noch lebensfähigen unheilbar Gewordenen vereinigen sich in dem Problem der Beschaffung der Mittel für diesen Zweck und gar manche derartige Fragen harren noch ihrer allgemein befriedigenden Lösung.

Die Verpflegung der Irren in den europäischen Culturländern ist, Dank der Errichtung gut geleiteter öffentlicher und privater Anstalten, die wieder je nach Qualität der Kranken reine Heil- oder Pflegeanstalten sind oder beiden Zwecken zugleich dienen, eine ziemlich befriedigende, aber ökonomische Gründe und Rücksichten der Humanität drängen in neuerer Zeit dazu an die Stelle der geschlossenen Anstalten freiere Verpflegungsformen, die den Kranken ein grösseres Maass von Freiheit gestatten und die Kosten ihres Unterhalts verringern, zu setzen. Für die unheilbaren und ungefährlichen Irren sind diese freieren Verpflegungsmodi der familialen und colonialen Versorgung gewiss Fortschritt und Wohlthat, — sie auch den heilbaren Kranken zuwenden zu wollen, hiesse die Fortentwickelung der Psychiatrie in Frage stellen und die Erfahrungen eines ganzen Jahrhunderts über die segensreiche Wirksamkeit der Anstalten verläugnen.

Da ich heute nur in grossen Zügen Ihnen Bedeutung und Aufgabe der Psychiatrie andeuten kann, muss ich darauf verzichten, Sie mit speciellen häuslichen Fragen, wie der Zulässigkeit des mechanischen Zwangs in der Irrenbehandlung oder seiner absoluten Verwerfung, ferner gewissen Fortschritten der Therapie, wie sie mit der Einführung des Chloralhydrat und der subcutanen Morphiuminjectionen gegeben sind, bekannt zu machen. Eine wichtige Aufgabe erwächst der Psychiatrie in ihren Beziehungen zur Gesetzgebung und Rechtsprechung. Die Irren sind gesetzlich unzurechnungsfähig, ihre körperliche Verfügungsfreiheit geht durch die Krankheit verloren, sie können durch ihre Wahnideen und Bewusstseinsstörung eine Gefahr für die Gesellschaft werden, sie bedürfen des Rechtsschutzes gegenüber widerrechtlicher Freiheitsberaubung oder Angriffen auf ihr Eigenthum. Die legalen Bestimmungen bezüglich dieser Verhältnisse bedürfen noch mancher Verbesserung. Unstreitig die erhabenste aber auch schwierigste Aufgabe erwächst der Psychiatrie im Criminalforum, wenn sie berufen wird über den Geisteszustand eines Angeklagten zur Zeit einer criminellen That ein Urtheil abzugeben. Leben, Ehre, Freiheit hängen nicht selten von dieser Entscheidung ab, denn auf jenes gründet sich wesentlich der verhängnissvolle Ausspruch

des Richters bezüglich der Zurechnungsfähigkeit. Sind auch manche Probleme noch zu lösen, Verbrechen und Wahnsinn im äusseren Bild oft einander täuschend ähnlich, so ist die Psychiatrie doch heutzutage im Stand diese Aufgabe würdig zu lösen, wenn sie sich bescheidet, in gewissen immer seltener werdenden Fällen ihr „non liquet“ ungescheut auszusprechen. Eine der wichtigsten Aufgaben wäre endlich eine Prophylaxis der psychischen Krankheiten. Wir kennen die Hauptquellen des Irreseins und gewiss verdienen die erbliche Uebertragung dieser Krankheiten, ihre Erzeugung durch Trunksucht, Heirathen in der Blutsverwandtschaft etc. alle Beachtung von Seiten des Publikums und der Behörden. Ob es eines Tages der Gesetzgebung gelingen dürfte, Prohibitivgesetze zu erlassen, ist freilich eine andere Frage.

Ich habe Ihnen in kurzen, freilich nicht erschöpfenden Zügen, mitgetheilt, was die Psychiatrie ist, wie sie es geworden und was ihre Aufgaben in der Gegenwart und Zukunft sind. Möchte es mir gelingen, Ihr Interesse für diesen bedeutungsvollen Zweig unseres Wissens in Anspruch zu nehmen und in unseren klinischen Stunden Ihnen nützlich für das Wohl der später bei Ihnen Hülfe und Rettung suchenden Kranken zu werden. Betrachten Sie aber die Klinik nicht blos als eine Gelegenheit zur Diagnostik und Bereicherung Ihres intellectuellen Wissens. Mehr als in einer anderen Disciplin tritt uns hier die ethische Seite unseres Berufs entgegen, das Bewusstsein, dass wir einen kranken Mitmenschen, nicht blos die Krankheit vor uns haben. Das Verständniss des Kranken, die psychische Behandlung des Leidenden zu lehren ist eine nicht zu unterschätzende Aufgabe der psychiatrischen Klinik, sie tritt hier aus dem engen Rahmen der Specialität heraus und wird zur psychischen Behandlung der Kranken überhaupt, nicht blos der psychischen Krankheiten. Kein Arzt kann dieser Kenntnisse entbehren. Manchen hat die Natur diese Gabe verliehen und sie wird von ihnen gleichsam instinktiv und unbewusst verwerthet. Diejenigen Aerzte sind aber jederzeit die Ersten in ihrem Beruf gewesen, die mit reichem Wissen Menschenkenntniss und Menschenfreundlichkeit verbanden.

Prof. *von Krafft-Ebing*.

Ueber Stephansfeld. — Mit Vergnügen komme ich Ihrer Aufforderung nach, Ihnen einige Mittheilungen über Stephansfeld zu machen, das zwar als Anstalt keineswegs die jüngste, unter den deutschen Anstalten aber wohl die neueste und jedenfalls eine der grössten ist.

Stephansfeld wurde im Jahre 1835 mit 80 Kranken eröffnet und zählt jetzt durchschnittlich 800.

	M.	Fr.
Der Krankenbestand war am 31. Dec 1870	339	442
Dazu Aufnahme im Jahre 1871	109	94
Summa	448	536

Davon schieden aus	M.	Fr.		M.	Fr.
genesen	22	26	61. 70.		
gebessert	24	11			
ungeheilt	15	13			
gestorben	42	46			
Summa				103	96
bleibt Bestand am 31. December 1871				345	440
				785	
Dazu an Beamten und Dienstpersonal				143	
				Summa: 928	

Die alten Gebäude sind zum grössten Theile neueren Bauten gewichen und die Anstalt hat im Laufe der Jahre immer mehr den bekannten Charakter der französischen Asyle angenommen. Getrennte Pavillons, grosse Säle, nirgends kleine Isolirräume und dennoch eine durchaus unzureichende Tobabtheilung.

Dagegen sind die inneren Höfe ungewöhnlich gross und reich mit Bäumen bepflanzt, so dass der Eindruck der Anstalt namentlich im Sommer ein äusserst freundlicher ist. Der innere Dienst geschieht zum grossen Theile durch barmherzige Schwestern, aus dem Orden des H. Vincenz von Paula, und zwar stehen auch auf der Männerseite 2 Abtheilungen unter weiblicher Oberaufsicht, die Infirmerie und der Pavillon der Unreinlichen.

Ich kann dieser Einrichtung nur mein volles Lob ertheilen, und ich pflege fremde Besucher und namentlich Damen mit Vorliebe in diese letztere Abtheilung zu führen, um ihnen zu zeigen, was sich selbst unter den ungünstigsten Verhältnissen durch weibliche Pflege leisten lässt.

Aus gleichen Ursachen stellt sich die Zahl des Wartpersonales überraschend gering heraus.

Auf der Männerseite 1 Wärter auf 14,5 Kranke.

Bei den Frauen sogar 1 Wärterin resp. Schwester auf 16 Kranke.

Ueberhaupt könnte ich mir die Leitung einer so ausgedehnten Anstalt wie St., mit der bedeutenden Landwirthschaft auf circa 150 Morgen, seine Werkstätten, der enormen Menge von Pensionären (140) u. s. w. schwer vorstellen, ohne die unermüdliche und treue Hülfe der Schwestern.

Die Verpflegung ist gut, der Gesundheitszustand befriedigend.

Das Budget pro 1871 ergiebt an Einnahmen	594,669 Frc.
Ausgaben	558,347 -
Ueberschuss	36,322 Frc.

Es bestehen eine Reihe verschiedener Pensionsklassen (6) und der Preis der Verpflegung variirt zwischen 8 Fr. und 1,15 per Tag. Für letztere Summe (9 Sgr.) werden die 650 Kranken der beiden Departements verpflegt

und trotz zahlreicher Neubauten hat die Anstalt seit länger als 20 Jahren nicht nur keinen Zuschuss von der Provinz mehr erhalten, sondern sogar etwa 300,000 Frc. Schulden bezahlt, welche sie in früherer Zeit gemacht hatte. Sie führt demnach auch ihre eigene Rechnung, nimmt alle Gelder ein und behält ihre Ersparnisse für sich, wenn sie deren gemacht hat. Augenblicklich ist sie frei von Schulden, im Besitz von 38 Hectaren Land und einem Capitale an Gebäuden und Mobiliar, welches am 1. Jan. 1871 auf 1,763,706 Fr. geschätzt worden ist.

Die Anstalt ist Eigenthum des Bezirkes des Unter-Elsass (Departement du bas Rhin), ist aber kontraktlich verpflichtet auch die Kranken des Ober-Elsass aufzunehmen und soll somit den Bedürfnissen einer Bevölkerung von nahezu 1,100,000 Seelen genügen.

Lothringen hatte bisher seine Kranken (350) in Maréville bei Nancy untergebracht, und auch nach der Annexion ist der Vertrag mit dieser Anstalt auf 5 Jahre erneuert worden. Ein Fortbestehen dieses Verhältnisses kann aber von beiden Seiten nicht wohl gewünscht werden und so hat man sich entschlossen in Lothringen eine eigene Anstalt zu erbauen. Eine Commission, die deshalb im November v. J. unter dem Vorsitze des Präfekten in Metz zusammentrat, um über die einleitenden Schritte zu berathen, nahm die Grösse der Anstalt bei einer Einwohnerzahl des Departements von 514,000 auf 500 an, von denen 400 in der eigentlichen Anstalt und der Rest in einer Farme untergebracht werden soll.

Für die Anstalt selbst ist das Pavillonsystem in Aussicht genommen, und dem ackerbautreibenden Charakter der Bevölkerung entsprechend wurde ein Hauptwerth auf den Betrieb einer ausgedehnten Landwirthschaft gelegt. Es ist deshalb von vornherein auf ein möglichst grosses Areal Bedacht genommen und das Minimum auf 40 Hect. (160 pr. M.) festgesetzt worden. Die Bausumme wurde auf circa 2000 Thlr. pro Kopf, also für die ganze Anstalt auf 3,500,000 Fr. (900,000 Thlr.) berechnet. Ein Bauplatz in der Nähe von St. Avold, der gleich damals von der Commission besichtigt wurde, erwies sich nicht als entsprechend, dagegen wurde später ein anderer bei Saargemünd von 48 Hect. (circa 200 pr. M.) in Augenschein genommen, der allerdings allen Ansprüchen genügen würde und über den die Unterhandlungen noch schweben.

Aber auch Stephansfeld ist überfüllt und eine Kündigung des Contraktes mit dem Ober-Elsass muss über kurz oder lang erfolgen. Die Zeit kann somit nicht mehr ferne sein, wo auch der Ober-Rhein zum Bauen gezwungen ist, und jeder der 3 Bezirke des neuen Reichslandes seine eigene Anstalt haben wird.

Bis dahin muss allerdings noch manches in dem Irrenwesen selbst hier anders werden. Noch lastet auf uns das französische Irrengesetz von 1838 und wenn es sich auch gerade nicht arg bemerklich macht, so hemmt es doch jeden Fortschritt und verhindert jede Neuerung. Die Aufhebung dieses Gesetzes kann deshalb nicht lange mehr auf sich warten lassen und ich

hoffe, dass alsdann ein frischerer Geist wie bisher durch die hiesige Irrenpflege wehen wird. Worüber wir Aerzte uns hier in St. beklagen, ist keineswegs ein Mangel an Vertrauen oder an Dankbarkeit von Seiten der Bevölkerung, sondern einzig und allein das verspätete Einliefern der Kranken in die Anstalt. Es müssen gewichtige Fehler, sei es innerhalb oder ausserhalb der Anstalt vorliegen, wenn nach 35jähriger Wirksamkeit heute noch kaum ein Kranker hierher gebracht wird, der nicht schon jahrelang krank und meist bereits dem Blödsinn verfallen ist.

Innerhalb der Anstalt können diese Fehler kaum zu suchen sein, weil die Aufnahmen von der Präfektur aus verfügt werden und wir dabei eigentlich nichts zu thun haben als die Ankommenden einfach aufzunehmen.

Es würde hier zu weit führen auf die wirklichen Ursachen dieses Missbrauches weiter einzugehen und ich beschränke mich daher auf die Bemerkung, dass er wie gewöhnlich in der Art des Bezahlens beruht, die hier aussergewöhnlich complicirt ist.

Alles dies aber wird, ich zweifle nicht daran, besser werden und hoffentlich schon bald. Dafür bürgt der überaus gesunde Sinn des elsässischen Volkes, mehr aber noch das volle Entgegenkommen und die wirklich ungewöhnliche Liebenswürdigkeit unserer hiesigen Behörden.

Woran es uns hier bisher am meisten gefehlt hat und was noch mangelt, das ist die Zeit. Um die Anstalt in's Besondere und die gesammte Irrenpflege konnte sich deshalb so eigentlich noch Niemand recht kümmern, erst muss das Grosse fertig gemacht werden und bis zu den Details sind wir im Reichslande noch lange nicht gekommen. Aber das Schlimmste ist doch überstanden, wie im Kleinen hier in der Anstalt, so auch im Grossen und wir dürfen der Zukunft getrost und zuversichtlich entgegen sehen.

Im Februar 1872.

Pelman.

Nekrolog Borrel's. — Wiederum haben wir einen lieben Freund, einen treuen Collegen zu Grabe getragen.

James Henry Borrel, Director von Préfargier, starb am 23. Februar in seinem sechszigsten Lebensjahre an einem Herzleiden (wahrscheinlich Fettherz, Section wurde nicht gemacht).

Mitten in seiner Thätigkeit, auf der Höhe seiner Leistungen wurde er durch den Tod abberufen. Auf seinem Bureau bekam er einen Ohnmachtsanfall. Der Puls war unfühlbar, kalter Schweiss und Leichenblässe traten hinzu und in kurzer Zeit war er von seinen Leiden erlöst.

Uns Allen hatte er seinen plötzlichen Tod vorausgesagt, den er mit der Resignation eines Ehrenmannes, dem stets die Erfüllung seiner Pflicht als das Heiligste galt, erwartete.

Borrel wurde am 18. Dec. 1812 in Colombier, Cant. Neuenburg, geboren; bis zu seinem zwölften Jahre besuchte er die dortige Dorfschule, um

dann nach Winterthur überzusiedeln, woselbst er die schon damals vorzüglichen Lehranstalten dieser zwar kleinen, aber sehr reichen und intelligenten Stadt frequentirte. Neunzehn Jahre alt ging er an die Universität nach Berlin, um Medicin zu studiren — gegen den Herzenswunsch seiner Mutter, die ihn zum Theologen bestimmt hatte. Am 2 Sept. 1837 promovirte er in Berlin, seine Dissertation war betitelt: „De abortus aetiologia“.

Nach einem Aufenthalte von einem Jahr in Paris kehrte er in seine Heimath Colombier zurück, woselbst er sich als Arzt niederliess.

Sein Fleiss, seine Herzensgüte und seine vorzüglichen Kenntnisse sicherten ihm bald das Vertrauen der ganzen Bevölkerung und noch in späteren Zeiten erzählte er uns oft mit grossem Interesse von den Erlebnissen seiner Praxis.

Es hielt ihm deshalb auch sehr schwer, die bisherigr Position zu verlassen und die Berufung nach Préfargier anzunehmen (1852). Wesentlich bestimmend wirkte hierbei die grosse Verehrung, die *Borrel* vor dem Stifter der Anstalt, Herrn *von Meuron*, hatte, der gerade damals auf dem Todbette lag und um die Zukunft seiner Stiftung sehr besorgt war, indem der erste Director der Anstalt Dr. *Bovet* die Anstalt aus Familien- und Gesundheitsrücksichten verlassen musste.

Seine gründliche medicinische Ausbildung erleichterte ihm das Studium der Psychiatrie, die er stets mit Vorliebe cultivirte und der er jetzt seine ganze Kraft widmete.

Préfargier sollte, wie alle Staatsanstalten, nach dem Willen des Stifters vorzüglich den armen Kranken die Behandlung und Pflege erleichtern. Dagegen gab er der Anstalt eine solch elegante Ausstattung in Bau und Inventar, um sie zu befähigen, auch reichere Patienten zu verpflegen, deren erhöhtes Kostgeld das Deficit der ärmeren Klasse decken sollte. Nur ein bescheidenes Betriebscapital sicherte er zu. Natürlich wäre es dem Stifter, der in der Begründung von Préfargier den Lohn für seine vom Glücke begünstigten Unternehmungen sah, leicht gewesen, die Anstalt auch financiell gehörig zu dotiren, nachdem er für Bau und Inventar über 12,000 Frc. pro Bett ausgegeben hatte, zu einer Zeit, wo die Baukosten mindestens 30 % billiger als jetzt zu stehen kamen.

Allein zwei Gründe bewogen ihn davon abzustehen:

1) Glaubte er nicht an stabile Verhältnisse im Canton Neuenburg. Erfahrungen in den südamericanischen Republiken mögen ihn ängstlich gemacht haben.

In Folge dessen hielt er ein grosses Capital nicht hinlänglich gesichert, während ihm die Capitalanlage mit Bauten und Inventar, als eine zuverlässige Basis für die Zukunft erschien.

2) War er der Ansicht, dass die Direction der Anstalt durch eine derartige Organisation mehr veranlasst werde für den Ruf der Anstalt besorgt zu sein, d. h. die Anstalt in wissenschaftlicher und humaner Beziehung so

zu führen, dass gerade dadurch wiederum das Wohl der Kranken gefördert werde.

Ohne Zweifel stellte der Stifter dem Direktor die schwierigste Aufgabe, die es überhaupt in der practischen Psychiatrie giebt. — Wenn nun auch der Stifter und Dr. *Bovet* das unbestreitbare Verdienst haben, die Anstalt in genannter Weise erstellt oder organisirt zu haben, so müssen wir es aber dagegen anerkennen, dass es *Borrel* in den zwanzig Jahren seiner Thätigkeit gelungen ist, seine schwierige Aufgabe im Sinne des Stifters glänzend zu lösen. Préfargier erhält sich fortwährend ohne Staatsbeitrag und hat sogar in den letzten Jahren aus seinen Ueberschüssen kostspielige Bauten aufgeführt, die dieser Perle der schweizerischen Anstalten stets ihre Superiorität sichern werden.

Dass es *Borrel* möglich wurde, dieses zu leisten, dazu haben verschiedene Factoren mitgewirkt.

Vor Allem war er aussergewöhnlich begabt und von einer allgemeinen Bildung, wie man sie nicht selten im Canton Neuenburg antrifft, wo das französische Naturell mit deutscher Bildung gepaart wird.

Borrel hatte vom zwölften Jahre an seine ganze Jugend- und Bildungszeit in deutschredenden Ländern zugebracht, dabei besass er die Gewandtheit und das einnehmende Wesen der Franzosen. Besonders eigen war ihm das Sprachtalent, nicht nur dass er hochdeutsch in einer Weise sprach, die nicht an den Franzosen denken liess, er wusste sich selbst in den verschiedenen schweizerischen Idiomen deutlich zu machen, besonders liebte er das Berndeutsch. Diese glückliche Eigenschaft erleichterte ihm den Verkehr mit den Kranken ausserordentlich. Obschon er seiner Geburt und seiner Lebensanschauung nach der conservativen Partei des Canton Neuenburg angehörte und in seinem ganzen Wesen etwas reservirt Vornehmes lag, so hatte er doch vor Allem ein warmes Herz für das Unglück der Armen und gewiss Hunderte von Hütten der Jurabewohner segnen sein Andenken.

Ferner ist hier seine medicinische Bildung zu betonen Er war ein sehr scharfsinniger Beobachter und wusste besonders Aeusserungsweisen der Kranken ganz unvergleichlich wiederzugeben. Dabei war er ein vorurtheilsfreier, besonnener Therapeut. Stets sich bewusst, dass die Anstalt selbst unser mächtigstes Heilmittel sei, war er darauf bedacht, dieselbe zu vervollkommnen. Ferner hatte er ein offenes Auge für zweckmässige Neuerungen und zu diesem Zwecke unternahm er grössere Reisen. Fast alle französische und deutsche Anstalten kannte er aus eigener Anschauung. Eine seiner letzteren grösseren Reisen war nach St. Petersburg und von dort in Begleitung eines seiner früheren Patienten nach Moskau und Nischni Nowgorod.

Beim internationalen Congress in Paris war er in der Commission für die Ausarbeitung des Projectes der internationalen Statistik und von dort aus besuchte er Gheel.

Endlich hatte er eine besondere glückliche Neigung für administrative Dinge, welche Eigenschaft gerade bei der Organisation von Préfargier, wo der Director mehr als irgend wo selbständig ist und alle seine Beamten, selbst den Oekonomen zu ernennen hat, schätzenswerth ist. Ich habe wenigstens nie eine vollkommnere Verwaltung gesehen, als die von Préfargier, deren Grund allerdings der vorsorgliche Stifter gelegt hat, deren glänzende Durchführung aber ein Werk *Borrel's* ist.

Gegen seine Freunde und Collegen war er von einer liebenswürdigen Aufrichtigkeit und Theilnahme. Wir verehrten in ihm unseren Nestor, er war unser Rathgeber und Tröster.

Er begründete auch unsere schweizerische psychiatrische Gesellschaft und belebte sie stets mit seinen reichen Erfahrungen. Dagegen erklärte er uns bei der Eröffnung: dass man von ihm alles Mögliche zur Förderung des Vereins verlangen möge, nur nicht das Schreiben. So elegant er französisch sprach, so schrieb er es doch nicht gerne und mit einer gewissen Aengstlichkeit ersuchte er oft seinen 2. Arzt, den jetzigen Director der Anstalt Préfargier, Dr. *Châtelain*, die letzte Feile an seine Scripta zu legen.

Borrel war nie verheirathet, seine jüngere Schwester stand seiner Haushaltung vor und machte sich auch um die Anstalt in hohem Grade verdient.

Alles, was der Canton Neuenburg an Notabilitäten besitzt, war an seinem Grabe versammelt oder ehrte den Todten durch Deputationen. Er ruht auf dem Friedhofe der Anstalt.

„Wir haben einen braven Mann begraben." *Cr.*

Cesare Castiglioni. Nekrolog. — Italien beklagt einen schweren, unersetzlichen Verlust durch den Tod seines ausgezeichnetsten Alienisten Dr. und Cavaliere *Cesare Castiglioni.* Er starb am 6. October Morgens in einem Alter von 65 J. an Harn-Intoxikation in Folge einer Hypertrophie der Prostata.

Als 1851 Dr. *Verga* von der Direction der Senavra ab auf jene des Ospitale grande di Milano berufen ward, folgte ihm der Secretaire *Cesare Castiglioni* in der Direction dieser Irrenanstalt nach. Er erklärte unverweilt diese Anstalt von Grund und Boden aus für fehlerhaft und unverzagt wiederholte er den Ausspruch, den schon seine Vorgänger gethan: „Senavra delenda." Desto musterhafter war unter *Castiglioni's* Leitung die innere Ordnung und nach dem Ausspruche seines Vorgängers *Verga* wird sein Nachfolger Mühe haben ihn zu erreichen — übertreffen wird er ihn sicherlich nicht. In hygienischer, sanitärer und administrativer Beziehung verstand er es nach dem Vorbilde der besten Manicomien Europas alles auch für die Senavra zu verwerthen. Musik und Gesang, Ballfeste, Theatervorstellungen, Landparthien, Handarbeit, alles wusste er zum Wohle seiner Pfleglinge zu benutzen. Mombello, eine Succursale der Hauptanstalt von

Mailand, von ihr 10 Meilen entfernt, war eine unglückliche Eingebung — und dennoch hatte es *Castiglioni* verstanden, diese geschichtlich-herrliche Villa zum Zwecke eines Irrenhauses herzustellen. Die Besucher waren stets einstimmig davon entzückt und erklärten es für eine Muster-Anstalt. Von den ersten Jahren an, wo *Castiglioni* die Führung dieser Anstalten übernommen hatte, lebte er nur für sie, und nachdem er durch Besuch der berühmtesten ausländischen Anstalten seine Erfahrung bereichert hatte, verfehlte er nicht, die das Irrenwesen berührenden Tagesfragen vor die Oeffentlichkeit zu bringen. Seine Arbeiten sulla legislazione dei pazzi e sull' organizzagione ed amministrazione dei Manicomi hatten Zustimmung und Beifall der Mehrzahl der italienischen und ausländischen Alienisten. Als daher die Provinzial-Commission von Como einen Concurs ausgeboten hatte für ein Provinzial-Manicomium, wurde allen der Plan von *Castiglioni* vorgezogen wegen seiner grösseren praktischen Brauchbarkeit. Unter allen seinen Arbeiten nehmen als nützliche Materialien für die Wissenschaft seine „Berichterstattungen“ ein. Er ging in denselben in die kleinsten Einzelnheiten ein, wo es sich um den ökonomischen und sanitären Gang der Senavra handelte und als diese nicht die gehoffte Rücksicht fanden, begnügte er sich damit, der Oeffentlichkeit über die Wohlthat der Senavra und von Mombello Rechenschaft abzulegen. Er genoss die allgemeine Achtung und seine Collegen schaarten sich um ihn, wie um einen älteren Bruder, ihm den Vortritt in Wort und Handlung einräumend. — Sein Blick war gewinnend, sein Auftreten würdevoll, sein Vorgehen und Handeln geordnet und grossartig, so dass er ganz geeignet war zu präsidiren und damit erklärt es sich, wie er berufen war, seine Tage auf dem Präsidentenstuhl des ersten wissenschaftlichen Instituts der Lombardei zu beschliessen.

Castiglioni war Vorstand des Mailänder-Comité für verwundete und kranke Soldaten im Kriege, des Real-Istituto dei sordo-muti, des Real-Istituto lombardo di scienze e lettere, eifriger Director der Irrenanstalten der Provinz Mailand, endlich war er volle sieben Jahre Mit-Redacteur und Herausgeber des archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmenta per le alienazioni mentali, das in Mailand in 6jährlichen Fasc. herauskömmt.

Unter seinen Schriften verzeichnen wir:

Memorie del dottor *Castiglioni* relative agli alienati ed ai manicomj.

Dei risultamenti attenuti dalla disposizione e dalle cure pei ricoverati sucidi nei manicomi ed in particolare nel publico manicomio di Senavra. 1855. —

Dell' aumento dei pazzi e particolarmente se ce ne ha in oggi da noi più che non se n'avera 30 anni or sono. 1855.

Relazioni sopra un viaggio à più riputati manicomi d'olter' alpi e d'oltre mare. 1856.

Questioni preliminari per la costruzione d'un publico manicomio. 1857.

Considerazioni sopra le alienazione mentali dette simpati che e sopra un caso di alienazioni mentale a forma mista con epilepsia in rapporto con un tumore abdominale. 1858.

Di un provedimento sanitario-educativo reclamato da una grave piaga che affligе la Valtellina (der Cretinismus, für den es sich um ein Ospizio handelt) 1859.

Note statistiche sul numero dei pazzi in Lombardia nell' anno 1855.

La surdo-mutezza dalla nasutà dirimpetto alla legislazione e all' educazione. 1863.

Nota sulla alterazioni delle pupille nei pazzi. 1863.

Le riforme legislative desiderabili pei pazzi e le leggi amministrative desiderabili per i pazzi e i manicomi. 1865.

Le considerazioni sui monicomi provinciali d'Italia, organisazione e amministrazione loro. 1855.

Sui reati assolti perchè commissi per causa di forza irresistibile. Un riflesso e un quesito. 1866.

Idee per una legge sugli alienati. 1867.

Sui manicomi della Provincia di Milano relazioni del direttore *Cesare Castiglioni*. 1870.

Sopra l'istruzione e l'educazione de' Surdo-muti. Notizie ed asservazioni esposte dal Dr. *Cesare Castiglioni*. Milano 1870. 4°.

Wehmuth fühlend um den verlorenen Freund rufen wir ihm nach: Dein sicherer Lohn dort!

Dr. *J. B. Ullersperger*.

Zwei Fälle schwerer Nervenkrankheiten mit Taubheit. — Im Archiv für Augen- und Ohren-Heilkunde von Prof. *Knapp* in New-York und Prof. *Moos* in Heidelberg finden sich folgende zwei das specielle Gebiet schwerer Nervenkrankheiten betreffende Fälle, welche ihres ganz besondern hohen klinischen und therapeutischen Interesses wegen eine weitere Verbreitung auch in unser Fachjournal rechtfertigen. Einsender erlaubt sich dieselben im wesentlichen Auszuge nachstehend mitzutheilen:

I. Ein Fall von vollständiger nervöser wiedergenesener Taubheit von Prof. Dr. *Moos*.

Die Kranke, Fräulein S. D. aus C., ein 19jähriges von gesunden Eltern abstammendes früher nie krank gewesenes Mädchen, erkrankte in Folge einer heftigen Erkältung nach einem Balle an einem schweren Rheumatismus acutus. Vier Wochen lang zeigte die Krankheit den gewöhnlichen Verlauf bei einer Fieberhöhe, welche 39,5 nie überstieg. Eine intercurrirende Pleuritis ging bald wieder zurück. Mit der fünften Woche traten bei noch fortdauernder Gelenk-Affection nervöse Erscheinungen auf, welche

der behandelnde Arzt, Herr Dr. *Picot*, als hysterische deuten zu müssen glaubte, und wie folgt beschreibt: Bei sinkendem Fieber und zunehmender Körper-Ernährung psychische Verstimmungen, Sonderbarkeiten und Abneigungen; dann furchtbare Schmerzen in der rechten Körperhälfte, ungeheure Haut-Hyperästhesie zwischen sechster Rippe und Crista ilei bis zur Wirbelsäule. Die Schmerzen kamen anfallsweise, zuerst 3 bis 4 Mal täglich, dann regelmässig Mittags zwischen 12 und 1 Uhr, und Abends zwischen 10 bis 11 Uhr und dauerten 3 bis 4 Stunden. Die Kranke widerstand dem heftigen Schmerze jeweils mit grosser Willensstärke, in der Regel aber überwand sie der zunehmende Schmerz, warf sie in einen Ohnmacht-ähnlichen Zustand, aus welchem sie mit leichten Convulsionen zu neuen Klagen erwachte. Die Anfälle endigten nie plötzlich, sondern allmälig, eine ungeheuere Hyperästhesie der Haut, welche kaum mit einem feinen Pinsel berührt werden konnte zurücklassend. Alle angewandten schmerzstillenden Mittel versagten den Dienst; nur grosse Dosen von Morphium-Einspritzungen erleichterten vorübergehend durch Betäubung. Chloroform beruhigte, bis zu 120 Grm. im Anfalle verabreicht, nur während der tiefsten Narkose. Nach 8tägigem Gebrauch von grossen Dosen Chinin und Castoreum wurden endlich in der siebenten Woche die Anfälle schwächer und cessirten gänzlich. Jetzt gingen auch die rechts noch da und dort bestandenen Gelenkschwellungen langsam zurück. Dabei zeigten sich folgende merkwürdige Erscheinungen: Während sieben Wochen war an den unteren Extremitäten kein Nagel gewachsen, ja selbst eine leichte noch vom Ball herrührende Abschürfung war noch nicht geheilt, plötzlich stiess sich nun die Epidermis in grossen Lappen ab; die Nägel wuchsen mit erstaunlicher Schnelligkeit, die kleinen Lanugo Haare entwickelten sich an Arm und Bein zu langen schwarzen Haaren, welche später nach der Wiedergenesung durch Depilation entfernt werden mussten. Zu Ende der siebenten Woche trat eine enorm gesteigerte sensible und sensorielle Hyperästhesie des Gehör-Organs ein, zugleich mit Hyperästhesie der linken Gesichtshälfte. Dieselbe war so stark, dass ein über die Wange herabhängendes Haar unerträgliche Schmerzen verursachte, ausserdem kam sie in Anfällen, genau die Zeit und auch die Dauer der früheren einhaltend. Weder Morphium noch Opium brachten Linderung, höchstens in Etwas die Chloroform-Narkose. Dieser Zustand dauerte neun Tage, während welcher die Patientin unbeweglich auf der rechten Seite lag, woselbst sich an der rechten Ohr-Muschel ein beträchtlicher Decubitus ausbildete und vor und hinter dieser eine zwei Finger breite resp. Handgrosse Stelle gänzlich anästhetisch wurde. Die Blase musste wieder durch den Catheter entleert werden. Unter dem Gebrauch von grossen Dosen Chinin schwanden in der bezeichneten Zeit die Anfälle und Dr. *Picot* glaubte die Reconvalescenz herannahend. Der Schlaf stellte sich ein, Appetit und Verdauung hoben sich. Nun aber stellte sich mit Abnahme der Reizbarkeit des Gehör-Organs Schwerhörigkeit ein. Anfangs wollte man diese

dem grossen Chinin-Gebrauch zuschreiben; sie nahm aber fortschreitend zu und zwar in solchem Grade, dass der am Ende der neunten Woche zur Consultation zugezogene Prof. *Moos* den Mangel jeder Gehörs-Empfindung constatirte und man mit der Patientin blos noch schriftlich zu verkehren vermochte. Die damaligen Ergebnisse der genaueren Untersuchung des Gehör-Organs folgen mit der daran angeknüpften Therapie weiter unten im Zusammenhang. — In der zehnten Woche klagte die Kranke über sehr heftige Rückenschmerzen, heftige Schmerzen beim Gehen, Unmöglichkeit zu uriniren. Unter starken Leibschmerzen stellte sich jetzt in der Gegend des linken Ovarium eine kleine harte Geschwulst ein. Ohne Fieber verlor die Kranke den Appetit und magerte bei den anhaltenden Schmerzen, gegen welche man mit Narcotica vergeblich ankämpfte, zunehmend ab. In der elften Woche zunehmende Verstimmung in Folge der Schmerzen und der Taubheit. Plötzlich ecclatirte jetzt ein heftiger hystero-epileptischer Anfall mit tetanischer Starre und vollständiger Bewusstlosigkeit während $2^1/_4$ Stunden mit nachfolgenden klonischen Krämpfen. Jetzt trat auch heftiger Schmerz in der Tiefe des Kopfes „im Hirn“ ein, mit furchtbarer (nur) linksseitiger Hyperästhesie der Kopfhaut. Nachdem seitdem jede Therapie erfolglos geblieben, wurde von jetzt an der constante Strom in Folge von 12 Meidinger'schen Elementen in Anwendung gezogen. Der Erfolg war ein ausserordentlicher. Nach acht Minuten — Kathode im Genicke, Anode auf den Lendenwirbeln und auf der dem Ovarium entsprechenden Stelle des Unterleibs, stabil — schwanden die Rückenschmerzen völlig, allerdings nur auf eine halbe Stunde. Die Menses traten nach 10wöchentlicher Cessation unmittelbar nach der Galvanisation ein. Am folgenden Tag Galvanisation des Kopfes, Anode an der Stirn, Kathode am Genick; derselbe sehr günstige Erfolg; der Schmerz verschwindet für zwei Stunden, erquickender Schlaf — der erste seit Wochen — unmittelbar nach der Galvanisation; an diesem Tage trat auch nur noch ein leichterer Anfall ein. Von da an cessirten unter täglich 2 bis 3maliger Application des Stroms an Kopf und Rücken die Anfälle vollständig. Nur die dem Ovarium entsprechende schmerzhafte Stelle am Unterleib widersteht der lindernden Kraft des Stroms. Bei fortgesetzter galvanischer Behandlung (auch des Hals-Sympathicus) bis Ende Mai lassen die Schmerzen nach und verschwinden allmälig; nur einmal stellte sich ein 24 Stunden dauernder Facialis-Krampf ein, der auch im Schlaf anhält und ebenso eine 12 Stunden dauernde linksseitige tetanische Starre des Vorderarms und der Hand. Die damals consultirten Professoren *Kussmaul* und *Chelius* einigten sich mit dem behandelnden Arzte in der Diagnose einer weitverbreiteten Ernährungs-Störung in den Nerven-Centren, welche *Kussmaul* bestimmter noch als „eine über weite Provinzen des centralen und peripheren Nervensystems verbreitete Neurose aus der Kategorie der rheumatischen“ präcisiren zu müssen glaubte. — Nach einem intercurrirenden Anfall von heftigen Magenschmerzen, wodurch die Ernährung wieder sehr Noth litt, ging die Kranke im Juni nach Baden.

Von dem Gelenk-Rheumatismus war keine Spur, von den nervösen Zufällen, mit Ausnahme der am Ohre, Nichts mehr vorhanden. Während des Sommers erholte sie sich so vollkommen, dass seit Ende September alle körperlichen und geistigen Functionen wieder in bester Ordnung sind.

Die von Prof. *Moos* am 16. April vorgenommene otiatrische Untersuchung ergab: Anästhesie der Ohrmuschel und des äusseren Gehörgangs auf der rechten Seite; Trommelfell normal. Beiderseits Mangel der Knochenleitung für die Stimmgabel, sowie für die Uhr von dreissig Fuss Hörweite. Dagegen hörte man den Ton der auf den Kopfknochen schwingenden Stimmgabel ganz deutlich vermittelst des Doppelt-Otoskops. Die Taubheit für Sprache ist so bedeutend, dass die Kranke auf den schriftlichen Verkehr angewiesen ist; sie hört ihre eigenen Worte nicht mehr. In den folgenden zwei Wochen hatten sich auch die subjectiven Gehörs-Empfindungen ganz verloren; gewiss war jetzt, Ende April, an einer vollständigen Lähmung der beiden Gehör-Nerven nicht zu zweifeln.

Auf *Moos*'s Vorschlag wurde nun — die Durchgängigkeit des Mittel-Ohrs war zuvor wiederholt durch den Catheter festgestellt worden — zur Herrichtung eines constanten Stroms geschritten, um den gelähmten Gehör-Nerven direct möglichst oft und möglichst stark zu reizen. Es wurde beschlossen zuerst mit Voltaischer Alternative bei innerer Anordnung der Electroden und später, sofern darnach Erfolg sich zeigen sollte, zur Anoden-Behandlung des Ohres, bei Vermeidung jeder Kathoden-Reizung, überzugehen. — Die nun folgende genaue Aufzeichnung über den täglichen Gang und die fortschreitenden Resultate der electrischen Behandlung müssen in ihrem interessanten Detail im Original eingesehen werden. In Kürze war der Gang folgender: In den ersten Sitzungen reagirte der Gehör-Nerv nur schwach in der Kathode. Dann kam eine Periode der Hyperästhesie mit qualitativer Veränderung der Formel, später in Verbindung mit paradoxer Reaction, dann eine Periode der Hyperästhesie mit qualitativer Veränderung der Formel ohne Verbindung mit paradoxer Reaction, und endlich die von *Brenner* aufgestellte Normal-Formel. Die electrische Behandlung dauerte circa zwei Monate und endigte mit vollständiger Wiedergenesung. Letztere erfolgte, nachdem gegen das Ende der Cur die galvanische Behandlung wegen des zunehmenden Schwindels während derselben nicht mehr täglich, sondern in grösseren Pausen angewendet worden war, nach einem 6wöchentlichen Aufenthalt auf dem Schwarzwald. Auf der rechten Seite waren einige umschriebene cutane Anästhesien zurückgeblieben, aber das Gehör ist hier wie auch links normal (21. Sept.).

In einer sehr interessanten Epikrise bespricht Prof. *Moos* nochmals die wichtigsten Punkte. Er leitet sämmtliche beobachtete nervöse Erscheinungen am Gehörorgan auf cerebrale Störungen zurück, bringt speciell die der Lähmung der Gehör-Nerven klinisch vorausgegangene

ungeheure Empfindlichkeit gegen Gehörs-Wahrnehmungen mit der Lähmung des den Tensor tympani versorgenden Zweigs des Trigeminus — auf Grund einer Vermuthung von *Helmholtz* — in Zusammenhang, und urgirt schliesslich das klinische Aufhören der subjectiven Gehörs-Empfindungen, nach der Vernichtung der Erregbarkeit für objective Schall-Empfindungen, als Beweis für die damalige völlige Lähmung der Gehör-Nerven. An der Hand der späteren klinischen Thatsachen, welche als erstes günstiges Zeichen für die unter der Einwirkung des galvanischen Stroms wiederkehrende Nerven-Function den Wiedereintritt der subjectiven Gehörs Empfindungen notiren, macht *Moos* auf die hiernach sehr verschiedene prognostische Bedeutung der letzteren bei totaler nervöser Taubheit aufmerksam. Ganz besonders aber verbreitet sich die scharfsinnige Epikrise über die vollständige Uebereinstimmung der in vorstehendem Falle verzeichneten electro-otiatrischen Phänomene mit den Angaben *Brenner*'s und schliesslich mit dem Wunsche, dass der von dem vollendetsten therapeutischen Erfolge gekrönte Fall „das Grabgeläute bilden möge für die Gegner eines Mittels, welches nach richtig gestellten Indikationen, nicht blos für gewisse Nerven- und Muskel-Krankheiten, sondern auch für gewisse Ohrenleiden, und wenn auch nur für eine beschränkte Zahl, als ein rationelles und dankbares sich erweisen wird."

Der zweite Fall, gleichfalls von Prof. *Moos* veröffentlicht, hat ein mehr diagnostisches Interesse, ist aber als solcher um so bedeutsamer, als die feine Wahrscheinlichkeits-Diagnose, die er ermöglichte, sich auf die genauer bekannten anatomischen Bau-Verhältnisse der Medulla oblongata bezieht, so dass derselbe mit Recht als ein „Beitrag zur Pathologie der Medulla oblongata" von dem Autor bezeichnet wird. Der Krankheits-Fall selbst, welcher in seiner im Original vorhandenen präcisen Kürze keinen Auszug gestattet, ist folgender:

Am 12. December 1869 wurde *Moos* von den Herren Collegen *Picot* und *Deimling* bei folgendem Falle zu Rathe gezogen.

Es handelte sich um einen seit drei Monaten im Dienste stehenden Soldaten, der bis vor drei Wochen noch ganz wohl war. Zu dieser Zeit bekam derselbe nach vorausgegangenem Schwindel, der auch schon einige Male vorher dagewesen sein soll, plötzlich einen Ohnmachts-Anfall; Pat. stürzte zusammen, verlor das Bewusstsein und erwachte aus dem Anfall völlig taub für Sprache, Geräusche und Töne. Lebhaftes Sausen, das nach und nach abnahm und dann gänzlich verschwand, trat gleichzeitig auf. Die Untersuchung ergab starken Schnupfen, leichten Tuben-Catarrh, verminderte Sensibilität der Gesichtshaut, unempfindliche Trommelfelle, verminderte Empfindlichkeit der Conjunctiva bulbi. Durch keine Stromstärke — dreissig Stöhrer'sche Elemente bei innerer Versuchs-Anordnung — war man im Stande, eine Gehörs- oder eine sonstige Empfindung hervorzurufen, auch nicht bei 15 bis 20maliger rascher Stromeswendung, bei welcher die Muskeln der rechten oberen Extremität zuckten. Electrische Lichtempfin-

dungen zeigten sich nur bei sehr hohem, electrische Geschmacks-Empfindung dagegen bei schwächeren Stromesstärken. Auch die Muskeln der Extremitäten zeigten grosse Stumpfheit gegen die Erregung durch den constanten Strom.

Diese Befunde konnte *Moos* bei der Untersuchung am 12. December in Carlsruhe nur bestätigen. Ergänzend fügt er noch Folgendes hinzu:

Die Untersuchung des Gehörgangs ergab in Bezug auf pathologische Veränderungen ein durchaus negatives Resultat. Keine sichtbaren Veränderungen, mittleres Ohr jetzt ganz frei bei totaler Taubheit für Tonquellen jeder Art. Dagegen fielen die mit dem Mach'schen Doppelt-Otoscop angestellten Stimmgabel-Versuche auf beiden Seiten positiv aus und zwar beiderseits gleichartig. Die Sensibilität im Bereich des Trigeminus war herabgesetzt, im äusseren Gehörgang und am Trommelfell wurden Nadelstiche nur als Berührung, nicht als Schmerz empfunden. Die im Bereich des Trigeminus erzeugten Empfindungen gelangen langsam zum Bewusstsein. Der constante Strom bringt keine subjectiven Gehörs-Empfindungen zu Stande, auch nicht bei dreissig Stöhrer'schen Elementen, obgleich schon bei 18 Zuckungen im Bereich des Facialis und bei 24 Elementen Zuckungen an den Extremitäten eingetreten waren. Auch die Bewegungen des Kranken haben insofern gelitten, als sie weit langsamer als früher von demselben ausgeführt werden und der Kranke leicht ermüdet. Auffallend ist die Veränderung der Sprache. Der Kranke spricht langsam und nur flüsternd, auch nach der ihm schriftlich gemachten Bemerkung, dass er nur flüstere, und nach wiederholt gestellter Aufforderung laut zu sprechen. — Zur Ergänzung der Diagnose wurden noch weitere Versuche in Bezug auf die Empfindung, so wie die Untersuchung des Harns auf Zucker verabredet. Die consultirenden Aerzte kamen überein, dass es sich um ein Extravasat an dem Ursprung beider Acustici handele (die nähere Begründung siehe unten), und beschlossen, dem Kranken ein Setaceum in den Nacken zu legen, eine energische Jodkur und die öftere Behandlung mit dem constanten Strom einzuleiten, was auch Alles in den nächsten Wochen geschah. Die weitere Untersuchung zeigte den Urin frei von Zucker und ergab nicht blos Anästhesie im Bereich des Trigeminus, sondern auch beinahe völlige Anästhesie der ganzen Körper-Oberfläche, nur tiefe Nadelstiche wurden an den verschiedensten Stellen des Körpers dumpf empfunden. „Prüfungen mit dem Zirkel — schreibt *Picot* am 29. December — blieben bei der Schwierigkeit des Verkehrs ohne Resultat; für die Temperatur-Verschiedenheiten ist die Oberfläche gleicher Maassen unempfindlich. Eis und beinahe siedendes Wasser machen keinen Eindruck. Der „Drucksinn" ist erhalten. Unterschiede von einem Pfund werden richtig angegeben. Electro-musculäre Sensibilität scheint erhalten, doch jedenfalls vermindert. Kitzeln im Schlund erregt langsame und träge Reflex-Bewegungen. Die stärksten Ströme bringen keine Tonempfindungen hervor. Ophthalmoscopischer Befund negativ. Harn fortwährend zuckerfrei. Sonst der Zustand unverän-

dert. Behandlung erfolglos. Allgemein-Befinden gut. Intelligenz ungestört."

Nachdem bei fortdauernder Behandlung der Zustand unverändert geblieben war, wurde Patient Ende Januar aus dem Lazareth militärfrei entlassen.

In der beigefügten Epikrise stellt *Moos* folgende Erklärung der sehr merkwürdigen klinischen Erscheinungen auf:

Die Ursache des plötzlichen Zusammenstürzens ist sehr wahrscheinlich ein möglicherweise mit dem Tuben-Catarrh in Zusammenhang stehender Schwindel-Anfall. In Folge des Sturzes kam es vermuthlich zu einem Blutaustritt in der Nähe der Gehör-Nerven — daher die plötzliche totale Taubheit. Der Sitz des Extravasats kann mit hoher Wahrscheinlichkeit in das verlängerte Mark verlegt werden, und zwar an jene Stelle, wo die tiefe Wurzel entspringt, weil diese nach *Arnold* (hier wird auf *Arnold's* bezügliche Präparate verwiesen, welche auch Referent aus eigener Anschauung kennt) in enger nachbarlicher Beziehung zu der sensibeln Trigeminus-Wurzel in der Medulla oblongata steht. Hieraus erklären sich dann auch sehr leicht die Sensibilitäts-Störungen im Bereich des Vtus, wobei nur noch, da letztere doppeltseitig waren, eine gewisse Flächen-Ausbreitung des Exsudats angenommen werden muss. Aus dem Druck auf die das verlängerte Mark passirenden centripetalen und centrifugalen Nerven-Fasern erklärt sich weiter die verbreitete Gefühlslähmung und motorische Parese. Vielleicht hat auch das flüsternde Sprechen hierin seinen theilweisen Grund, zum anderen Theil vielleicht aber auch darin, dass Patient seine eigene Sprache nicht hörte und deshalb auch die zum Sprechen nöthige Stärke der Intonation nicht zu finden vermochte. Ganz besonders aber benützt *Moos* das Ausbleiben jeder Reaction der Gehör-Nerven, selbst bei Anwendung des stärksten Batterie-Stromes, als Gegenparallele zu dem oben verzeichneten Fall I., wo selbst zur Zeit der Taubheit auch bei geringer Stromstärke subjective Gehörs-Empfindungen aufgetreten waren. Dies im Zusammenhalt damit, dass selbst bei Taubstummen durch Anwendung des constanten Stroms Tonempfindungen erzeugt werden, führt *Moos* zu folgender hochwichtigen Präcisirung des prognostischen Werths der durch den Galvanismus hervorgerufenen subjectiven Gehörs-Empfindungen:

„Subjective Gehörs-Empfindungen, welche auch bei bedeutender „Schwerhörigkeit oder völliger Taubheit durch den constanten Strom „erzeugt werden, beweisen prognostisch gar Nichts. Bleiben dagegen „dieselben bei wiederholter Anwendung constanter Ströme von so „bedeutender Stärke, dass Zuckungen im Bereich des Facialis oder „der Extremitäten auftreten, aus, so dürfen wir auf absolute Läh-„mung des Acusticus schliessen und die Prognose schlecht stellen."

Schüle.

Apomorphin — ein brechenerregendes Mittel, soll alle übrigen bisher in Gebrauch gezogenen an Vorzügen übertreffen. Es wird aus der Behandlung des Morphin mit Chlorwasserstoffsäure gewonnen. Es hat den Vorzug, dass es subcutan angewandt wird. Nachwirkungen auf den Verdauungscanal sind nie beobachtet, ebensowenig Entzündung an der Injectionsstelle. Hypodermatisch nach *Siebert* 6—7 Mllgrm, nach *Riegel* und *Böhm* 0,03—0,011. Bis jetzt wurde es aus England bezogen unter dem Namen Hydrochlorate of apomorphia von Macfarlan und Comp. Royal Medicine Warehouse 17 North Bridge, Edinburgh.

(Berl. klin. Wochschr. 1872. 29. Jan.).

Aethylidenchlorid — verschafft nach Dr. *Steffen* durch Einathmung ruhigen Schlaf und ist dem Chloroform vorzuziehen wegen schneller und prompter Wirkung, grösserer Gefahrlosigkeit, indem Herzaction und Respiration nicht beeinflusst werden, und weil die Kranken so schnell und ohne unangenehme Nachwirkungen zu sich kommen. Der Preis ist nur noch hoch. (Berl. klin. Wochenschr. 1872. 8. Febr.).

Aus Würtemberg. — Für Irrenanstalten werden in der würtemberg. Kammer der Abgeordneten v. 19. Jan. exigirt je 37,272 Fl., für 2 Jahre also 74,544 Fl. und zwar für Winnenthal zus. 25,912 Fl., für Zwiefalten zus. 48 632 Fl. Elben: Die Eingabe der vaterländischen Aerzte über diesen Gegenstand entwerfe ein sehr düsteres Bild über den Zustand der Irrenpflege in Würtemberg; dieselbe stehe nach dieser Eingabe nicht auf der Höhe der Zeit. Um so mehr sei ein Zusammengehen von Regierung und Ständen zum allmäligen steten Ausbau des Irrenwesens zu wünschen. Was die Neueinrichtung in Schussenried betrifft, so hätten Sachverständige wesentliche Ausstellungen gegen den bisher beabsichtigten Plan, Redner zählt solche auf (Tobsüchtige und unruhige Kranke je in Einem Flügel beisammen; Garten für Ruhige mitten zwischen den Tobsüchtigen; Weiber und Männer rechtwinkelig gegen einander; Kranke im Directionsflügel), er bittet um Erwägung, ob nicht durch andere Einrichtung diesen Mängeln zu begegnen sei. Einer der verdienten Vorstände unserer Anstalten habe vorgeschlagen, den künftigen Director gleich zur Einrichtung beizuziehen, so sei es auch bei den 5 im Bau begriffenen Anstalten in der Rheinprovinz (?). Er hoffe, Würtemberg werde den anderen deutschen Ländern in der Irrenpflege ebenbürtig werden. Streich fragt beim Minister an, wie weit die Vorarbeiten für die Anstalt in Schussenried gediehen seien; im übrigen bezieht er sich auf die erwähnte Eingabe der würtemb. Aerzte. Minister v. Scheurlen: Die Ausführung werde mit aller Energie betrieben, über den Stand der Arbeit könne er Genaueres nicht sagen, da dies das Finanzministerium angehe. Gegen Elben wünscht der Minister, die Ausstellungen hätten besser begründet werden sollen, er könne nicht

zugeben, dass die Ordnung in unseren Irrenanstalten keine gute sei; dieselben seien in alten Gebäuden untergebracht, daraus ergeben sich allerdings Verhältnisse, die bei neuen Gebäuden vermieden werden könnten. Den Plan von Schussenried betr. thue er zu wissen, dass man bei der Entwerfung desselben Sachkundige beigezogen habe und er versichere, dass in den von dem Vorredner bezeichneten Richtungen darauf Bedacht genommen werde, allen Anforderungen der Wissenschaft und der Erfahrung möglichst gerecht zu werden. Elben: Was er über den Stand der württemb. Irrenpflege gesagt, sei der Eingabe der württemb. Aerzte entnommen. Jene Missstände in Schussenried liessen sich nach ihm hier vorliegenden Skizzen beseitigen. Die Exigenzen werden sofort genehmigt. Privatirrenanstalten: 24,000 Fl. (Schwäb. Merkur v. 20 Jan. 72).

Ueber die in der Privatanstalt zu Evere bei Brüssel — gefundenen Missstände berichten folgende Correspondenzen:

Im Irrenhause zu Evere bei Brüssel sind nach der „Etoile" zwei Geisteskranke von einem Wärter derart misshandelt worden, dass sie daran starben. Es ist sofort eine strenge Untersuchung eingeleitet worden, welche schauerliche Ergebnisse gehabt habe. Der damit betraute Staatsanwalt, Herr Heyvaert, entdeckte eine verschlossene Thür, deren Existenz ihm nicht angezeigt worden war. Als die Thür geöffnet wurde, fand er einen Menschen mit langem weissen Bart, dessen Blick seine Geisteskrankheit verrieth. Auf die Erkundigung, weshalb ihm die Anwesenheit des Unglücklichen verheimlicht worden sei, erfuhr der Staatsanwalt, der Kranke habe im vorigen Jahre durch Schuld eines der früheren Directoren beide Füsse erfroren, es sei der Brand dazu gekommen, er habe amputirt werden müssen. Die Untersuchung wird die Wahrheit an das Licht bringen.

(Voss. Ztg. 1872. No. 18).

Dicht vor den Thoren von Brüssel macht man ganz überraschende Entdeckungen, so z. B. entdeckt man vor dem alten Scherbaecker Thore eine Privatirrenanstalt — Evere —, in welcher seit Jahren Verbrechen an den Personen der Irren verübt wurden und doch waren die meisten der dortigen Irren von den Gemeindebehörden des parlamentarischen Musterstaates dort untergebracht. Aber freilich, der Preis der Pension war dort so niedrig, wie nirgendwo sonst; an keinem anderen Orte konnte die Gemeinde ihre Irren so billig unterbringen, wie dort. Einigen Irren froren die Beine ab, andere wurden einem Zuchtmeister übergeben, der selbst ein Irrer war. Es lässt sich kaum ausschreiben, was dort für Gräuel geschehen sein sollen. Man vergleiche die belgische Correspondenz des sehr vorsichtigen Pariser Blattes „Le temps". (Kreuz-Ztg. 1872. S. 18).

Herr Dansaërt interpellirt den Justizminister über gewisse Zustände im Irrenhause zu Eyere bei Brüssel, wobei er dem Justizminister seine

Anerkennung dafür aussprach, dass die Regierung diese Anstalt sofort geschlossen habe. (Allg. Ztg. 1872. No. 20).

Das gerichtliche Verfahren in der Angelegenheit der Irrenanstalt in Evere, welchem die öffentliche Aufmerksamkeit so lange mit indignirter Theilnahme gefolgt ist, hat mit der Verurtheilung der Haupt-Angeklagten zu ziemlich ernsten Strafen geendigt. Die Sache hat nachträglich zum Austausch einiger Bemerkungen in der Kammer geführt, wobei ein Mitglied den Plan entwarf, für die vermögenslosen Geisteskranken, deren Unterbringung und Verpflegung den Gemeinden zur Last fällt, öffentliche Anstalten zu gründen, während man immerhin die wohlhabenden Kranken der Privat-Industrie überlassen möge. Man sollte denken, dieser Vorschlag spreche so deutlich für sich selbst, dass es der entsetzlichen Vorkommnisse von Evere nicht bedurft hätte, um ihn einzugeben oder zu empfehlen. Was kann man in der That von einer „Privat-Industrie" erwarten, deren einziger Zweck sein muss, an dem Minimum noch zu verdienen, das die Gemeinden für den Unterhalt ihrer Geisteskranken auswerfen. Gewiss nichts Anderes, als was in Evere zu Tage getreten ist. Dennoch hat der vernünftige Rath keine Aussicht, befolgt oder angenommen zu werden. Das Organ der Regierung hat auf denselben geantwortet, es sei keine Veranlassung vsn dem bestehenden System abzugehen; mehrere andere Privat-Anstalten seien auf's sorgfältigste inspicirt worden und Alles in der besten Ordnung befunden worden, die Uebelstände und Gräuel von Evere seien die Folgen individueller Verbrechen und verbrecherischer Nachlässigkeit, und dass diese der verdienten Strafe nicht entgangen, das eben rechtfertige die bestehende Gesetzgebung als genügend und ausreichend.

Diese Vertheidigung der Interessen und Rechte der „Privat-Industrie" ist echt belgisch. In derselben Weise vertheidigt man das Recht der Industrie, die Lebenskraft, die Gesundheit, die Sittlichkeit der Kinder und Frauen auszubeuten in Fabriken und Bergwerken. In demselben Geiste wird das Unterrichtswesen, die Erziehung der Jugend in erster Reihe und hauptsächlich der „Privat-Industrie" überlassen und überliefert. Staat und Gemeinde treten nur so zu sagen subsidiarisch ein. Und selbst dieses ist in den Augen Vieler noch eine unbillige und ungerechtfertigte Conkurrenz, welche die öffentlichen Schulen der Privat-Industrie machen.

(National-Ztg. 1872. No. 230).

Brüssel, 12. Mai. In dem seit 3 Wochen vor dem hiesigen Zuchtpolizeigericht abgewickelten Process wegen der in der Irrenanstalt zu Evere vorgekommenen Misshandlungen und von tödtlichen Folgen begleiteten Vernachlässigungen ist gestern das Urtheil gesprochen. Der Director (flüchtig) wurde zu 2 Jahren Gefängniss und 50 Frcs., sein Sohn als Oberaufseher zu $2\frac{1}{2}$ J. und 200 Frcs., der Hausarzt zu 18 Mon. und 2200 Frcs. verurtheilt. (Voss. Ztg. No. 112. 1872).

Zur Familienpflege Geistesgestörter. — Ein Geistesgestörter (Melancholie) war längere Zeit im Hause von Verwandten eingesperrt gehalten werden. Während einer Nacht war es ihm gelungen zu entspringen und am nächsten Morgen fand man ihn ertrunken in einem nahen Teiche. Berichterstatter meinte, es sei schwer zu entscheiden, welcher von Beiden der Geisteskranke gewesen sei, der Selbstbehandler oder der Selbstmörder?

(New-York mid Record 1869).

Wie unerlässlich überhaupt geeignete Aufsicht über und bei Geistesgestörten ist, mögen in Kürze nur drei folgende Fälle aus dem Medical and Surgical Reporter 1869 erhärten: In Brooklyn nahm Frau Halpine ihrem eilfjährigen Sohne in einem Anfalle von Wahnsinn das Leben. Sie befestigte die Zimmerthür, fiel ihn vorsätzlich mit einem Beile an und zerschmetterte ihm den Schädel.

In West Concord wurde eine Kirche niedergebrannt, welche nach nothwendigen Reparaturen dem Gottesdienste wieder sollte geöffnet werden. Der Schaden betrug 10,000 Pfund. Man zog einen Geisteszerrütteten ein, auf dem Verdacht der Brandstiftung lag.

Ein vormaliger Polizeimann von Jersey City Daniel Mc Namara schnitt Nachtszeit seinem Weibe den Hals ab. Er litt an Anfällen von zeitweiser Verrücktheit. *Ullersperger.*

Die Teplitzer Zeitung erzählt: Ein Vorfall hält seit vorgestern unsere Stadt in der grössten Aufregung. An die Gerichtsbehörde war die Anzeige erstattet worden, dass Herr F., ein hiesiger Bürger, in einem abseits gelegenen Theile seines Hauses zwei Schwestern eingeschlossen halte. Auf diese Anzeige hin verfügte sich Gerichtsadjunct Helmich mit Assistenz in das bezeichnete Haus und forderte die Oeffnung der den beiden Schwestern eingeräumten Localitäten. Als dies geschehen war, bot sich den Eintretenden ein haarsträubender Anblick dar. In dem ersten Locale, einer Küche, sass auf einem höchst schmutzigen Bette zusammengekauert, die Knie an sich gezogen, eine gekrümmte Frauengestalt, kaum nothdürftig bekleidet. Diese, wie die ganze Wohnung, zeugte von der grössten Verwahrlosung. Einen noch grässlicheren Anblick aber gewährte das zweite ziemlich geräumige Zimmer. Auf dessen Fussboden, umgeben von fusshohem Unrathe, sass ein nur mit einem Hemde bekleidetes Frauenzimmer, das alle Anzeichen des Irrsinns an sich trug. Ein pestilenzialischer Gestank drang bei der Oeffnung der beiden „Wohnungen" aus denselben hervor, den Eintretenden so unerträglich, dass sie sich lange nicht davon erholen konnten. Die beiden unglücklichen Geschöpfe wurden in das Friedrich-Wilhelm-Hospital geschafft, Herr F. aber in vorläufige Haft gebracht. Die gerichtlichen Erhebungen sind im Zug. (Kreuz-Ztg. No. 212. 1871).

Drei Kinder des altersschwachen Bürgers St. C. in Arad, darunter eine Tochter, die, nachdem sie ihre Mitgift vergeudet, ihrem Gatten entlaufen

ist, scheinen mit der Absicht umzugehen, ihren geisteskranken Bruder Josza, um nach seinem Ableben in den Besitz des ihm gebührenden Erbtheils zu gelangen, zu Tode zu peinigen. Am 19. d. M. schlugen sie ihn — angeblich wegen eines von ihm ausgestossenen Schmähwortes — mit Stöcken und Prügeln, liessen ihn dann, an Händen und Füssen gebunden, in einem Nebenzimmer liegen, so dass der Strick dem Armen das Blut aus Händen und Füssen presste; nicht genug an dem, verübten sie noch nachträglich an ihm solche Grausamkeiten, dass ein Dienstbote die Nachbarn bat, Anzeige zu erstatten. (Staatsb. Ztg. 1872. No. 58).

„In dem benachbarten Dittersbach wohnt der Grubentischler Scharf, dessen aussereheliche Sohn Knorr alias Nixdorf, früher als tüchtiger Schlosser in Hamburg und Bremen beschäftigt, seit dem vorigen October vollkommen dem Irrsinn verfallen ist, wie es von dem Kreisphysicus Wolf auf Grund einer eingeleiteten Untersuchung bestätigt worden. Die Absicht, ihn nach Leubus zu schaffen, liess sich nicht realisiren, da bei der abgegebenen Erklärung von der Unheilbarkeit seines psychischen Leidens eine Unterbringung in der genannten Anstalt unmöglich war. Er blieb also seinen Angehörigen auf dem Halse, und da seine Krankheit zuweilen den Charakter gefährlichster Tobsucht annahm, so stellte die Gemeinde einen Wächter für ihn, der seinen übernommenen Pflichten durchaus nicht genügte, sich fortwährend betrank und endlich auf und davon lief. Der Wirth der armen Leute, welchen das Schicksal eine so schwere Last zu tragen gegeben, bekam es endlich überdrüssig, einen Irrsinnigen von so schlimmer Art in seinem Hause zu bergen, und kündigte. Der Executor, der später die Exmission zu vollstrecken hatte, fand den Unglücklichen, ein grässliches Bild des Jammers und Entsetzens, mit dem Rücken an die Wand gebunden, völlig verthiert. Die hart geprüften Scharf'schen Eheleute mussten nun mit dem Tobsüchtigen in einen Pferdestall quartieren, wo eine nahezu verpestete Atmosphäre herrscht und kaum ein Sonnenstrahl durch eine kleine Fensterluke hineindringt. Wie uns berichtet wird, liegt dort der beklagenswerthe Mensch auf einem feuchten, von Jauche angezogenen Strohhaufen, mit dem Rücken durch einen Strick an die Mauer gefesselt und mit einer improvisirten Zwangsjacke bekleidet. Da er von der Absicht beherrscht wird, sich todtzuschlagen und häufig mit dem Kopfe gegen die Wand stösst, so hat man ihm, um den Anprall abzuschwächen, ein Brett quer vorgelegt, gegen das er gewöhnlich so lange mit dem Schädel anpoltert, bis er auf den wiederholten Zuruf der Mutter: „Todt, todt!" seine Mordversuche einstellt. Wahrscheinlich bildet er sich dann ein, seine Absicht erreicht zu haben. Es soll kaum möglich sein, dies herzzerreissende Elend mit ansehen zu können, welches so unverschuldet über den nun in den vierziger Jahren stehenden Mann hereingebrochen; denn von allen Seiten wird ihm das Zeugniss gegeben, sich durch Fleiss und sittliche Führung

ausgezeichnet zu haben. Wir lüften den Schleier, der dies düstre Familienbild bis jetzt der Oeffentlichkeit verhüllte, damit endlich einmal für den armen Irrsinnigen die nöthigen Maassregeln getroffen werden."

(Sor. Bl. 114. 1871).

Straussberg, 2. Mai. Vor Kurzem durchlief die Zeitungen eine angeblich hier vorgekommene Mordgeschichte. Das Gerücht erwies sich als unwahr. Ueber den Vorgang, welcher zu demselben Anlass gegeben hat, berichtet das hiesige Localblatt u. A.: Seit langer Zeit wird ein Haus in der Ritterstrasse hierselbst von einer nicht unvermögenden Lehrer-Wittwe Namens Neumann und ihren drei Kindern, zwei Söhnen und einer Tochter, bewohnt. Die Mutter leidet an Grössenwahnsinn. Die Kinder sind taubstumm und in Folge mangelnder Erziehung ganz verwahrlost. Da die Familie ganz unzugänglich war, so bekümmerte sich auch fast Niemand um dieselbe. Thüren und Fenster des Hauses blieben beinah immer verschlossen und verrammelt. Ab und zu verlautete, dass die Tochter von ihrer Mutter und ihren Brüdern schlecht behandelt werde. Am 24. verbreitete sich plötzlich das Gerücht, man habe die Leiche des Mädchens in dem Garten hinter dem Neumann'schen Hause vergraben gefunden. Und so war es wirklich. Es war einer Frau, welche der Familie die benöthigte Milch zutrug, aufgefallen, dass das Mädchen nicht mehr sichtbar sei, und so fragte sie schliesslich nach derselben. Die Mutter antwortete, „dass ihre Tochter gestorben sei und sie dieselbe in ihrem Garten beerdigt habe, wozu sie als Baronin berechtigt gewesen sei." Die Frau sah sich veranlasst, hiervon bei der Polizei Anzeige zu machen und diese traf sofort Anstalten sich Ueberzeugung zu verschaffen. Da man nicht in's Haus hinein konnte, auch der wahnsinnigen Frau und ihren Söhnen nichts Gutes zutraute, so durchbrach man den Gartenzaun, untersuchte den Erdboden und fand schliesslich die schon etwas in Verwesung übergegangene Leiche. Dieselbe wurde nach der St. Georgenkapelle gebracht, um vornächst zur Ermittelung der Todesart obducirt zu werden. Bei dem Verdachte einer etwa vorliegenden Gewaltthat hielt es die Polizei für nöthig, die Mutter und ihre beiden Söhne in Gewahrsam zu bringen. Da ein freiwilliges Oeffnen des Hauses verweigert wurde, beschloss man, sich den Eingang zu erzwingen. Unterstützt von einem militärischen Wachcommando drangen die Polizeimannschaften unter Zertrümmerung mehrerer Thüren in das Gebäude. Die drei Insassen hatten sich in das Vorderzimmer geflüchtet, so gut es ging verschanzt und jeder mit einer Waffe, die Frau mit einem Hackebeil, einer der Söhne mit einer Stange Eisen, der andere mit einer Mistgabel versehen. So erwartete man die Stürmenden und der Kampf begann. Auf beiden Seiten floss Blut. Schliesslich wurden die Rasenden überwältigt und nach dem Gefängniss abgeführt. Seitdem ist die Mutter in ein Irrenhaus gebracht. Die beiden taubstummen Söhne, welche der Arzt nicht für

wahnsinnig erklärt hat, sollen einer betreffenden Anstalt übergeben werden. Die gerichtliche Obduction der Leiche des Mädchens hat ergeben, dass dasselbe eines natürlichen Todes gestorben ist.

(Kreuzzeitung 1872. No. 110. Beil.)

Das Haus dieser unglücklichen Familie wurde nach der Verhaftung die Zielscheibe der Volkswuth. Keine Fensterscheibe, keine Thür und nur wenig Möbel blieben unzerstört.

(Voss. Ztg. 1872 vom 11. Mai).

Zur Verantwortlichkeit von Vorständen in Irrenanstalten. — Ein Irrer in einer Irrenanstalt des Nachbar-Reiches aufgenommen, fand Gelegenheit aus dem Irrenhause zu entspringen und legte in einer benachbarten Landbesitzung Feuer. Dem Eigenthümer derselben wurde auf sein Ansuchen vom Staatsrathe gegen das Gutachten des Ministers zugestanden vom ärztlichen Vorstande der Irrenanstalt Entschädigung für alle Schäden und Nachtheile zu erheben, welche ihm vom flüchtigen Clienten desselben waren verursacht worden.

(No. 851 del Siglo medico 1870. S. 255).

Dr. *J. B. Ullersperger.*

Aus Holland. — Am 17. November des vorigen Jahres wurde zu Utrecht der Niederländische Verein für Psychiatrie errichtet. Das Bureau wurde folgendermaassen constituirt: Präsident Dr. *Ramaer*, consultirender Arzt zu Grafenhaag, Arzt-Consulent an der Anstalt zu Delft, früher Director derselben und vorher erster Arzt der Anstalt zu Zütphen, Vice-Präsident Dr. *Everts*, Director der Anstalt Meerenberg, Secretär Dr. *Donkersloot*, Arzt der Anstalt zu Dordrecht, Thesaurier Dr. *Van der Lith*, Director der Anstalt zu Utrecht und Professor der Psychiatrie an der Universität daselbst, Bibliothekar Dr. *Möller*, Arzt der Anstalt zu Amsterdam.

Uebersicht der Bewegung in den Niederlän-

Irrenanstalten zu	Bestand am 1. Jänner 1871.			Neue Aufnahmen.			Geheilt entlassen.			Proportion der Geheilten zu den Aufgenommenen			Verpflegt.		
	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.
Amsterdam . .	56	74	130	15	24	39	6	9	15	0,40	0,37	0,38	71	98	169
Coudewater . .	58	77	135	(113)	(101)	(214	(17)	(19)	(36)	—	—	—	171	178	349
Delft	159	146	305	37	48	85	8	12	20	0,22	0,25	0,24	196	194	390
Deventer . . .	92	81	173	18	29	47	5	15	20	0,28	0,52	0,42	110	110	220
Dordrecht . . .	111	115	226	40	31	71	18	17	35	0,45	0,55	0,50	151	146	297
Franeker . . .	96	95	191	23	37	60	10	12	22	0,43	0,32	0,37	119	132	251
Grafenhaag . .	52	79	131	11	19	30	4	5	9	0,36	0,26	0,30	63	98	161
Herzogenbüsch	198	191	389	56	51	107	12	13	25	0,21	0,25	0,23	254	242	496
Maastricht . .	41	37	78	20	12	32	7	2	9	0,35	0,17	0,30	61	49	110
Meerenberg . .	344	362	706	70	76	146	16	25	41	0,23	0,33	0,28	414	438	852
Rotterdam . . .	69	100	169	32	38	70	15	13	28	0,47	0,34	0,40	101	138	239
Utrecht	146	141	287	61	43	104	33	23	56	0,54	0,54	0,54	207	184	391
Zütphen	204	210	414	50	53	103	16	24	40	0,32	0,45	0,39	254	263	517
Boekel	62	—	62	(6)	—	(6)	(1)	—	(1)	—	—	—	68	—	68
Nimwegen . .	8	6	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	6	14
Summa der Verpflegten . . .	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2248	2276	4526
In eine andere Anstalt übergekommen . .	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	63	58	121
Gesammtzahl:	1696	1714	3410	433	461	894	150	170	320	0,35	0,37	0,36	2185	2218	4403

dischen Irrenanstalten während des Jahres 1871.

Gestorben.			Proportion der Gestorbenen zu den Verpflegten.			Gebessert entlassen.			Ungebessert entlassen.			Bestand am 1. Jänner 1872.		
M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.
8	8	16	0,11	0,08	0,09	1	1	2	—	—	—	56	80	136
13	13	26	0,08	0,08	0,08	1	3	4	2	1	3	138	142	280
33	16	49	0,17	0,08	0,13	4	7	11	4	1	5	147	158	305
6	6	12	0,05	0,05	0,05	2	2	4	3	2	5	94	85	179
18	12	30	0,12	0,08	0,10	2	—	2	2	—	2	111	117	228
11	27	38	0,09	0,20	0,15	2	4	6	1	2	3	95	87	182
7	11	18	0,11	0,11	0,11	4	1	5	2	1	3	46	80	126
16	9	25	0,06	0,04	0,05	8	3	11	46	51	97	172	166	338
6	4	10	0,10	0,08	0,09	2	1	3	5	7	12	41	35	76
41	23	64	0,10	0,05	0,07	2	10	12	—	1	1	355	379	734
11	10	21	0,11	0,07	0,09	3	3	6	1	1	2	71	111	182
23	15	38	0,11	0,08	0,10	5	5	10	3	—	3	143	141	284
15	19	34	0,06	0,07	0,07	4	5	9	1	—	1	218	215	433
1	—	1	0,01	—	0,01	—	—	—	20	—	20	46	—	46
1	—	1	0,10	—	0,07	—	—	—	—	—	—	7	6	13
210	173	383	0,10	0,08	0,09	40	45	85	90	67	157	1740	1802	3542

Anmerkungen.

Die Anstalten zu Boekel und Nimwegen sind Bewahranstalten, d. h. blos für Unheilbare, die übrigen sind gemischte Anstalten.

Da die grösste Zahl der in der neuen Anstalt Coudewater Aufgenommenen aus Personen besteht, welche von anderen Anstalten hinübergekommen sind, ist jene Anstalt, sowie die Bewahranstalten, ausser der Berechnung des Verhältnisses der Genesenen zu den Aufgenommenen gelassen.

*Amtliche Verfügung**)

betreffend die Ertheilung von Concessionen für Privat-Krankenanstalten.

Der Herr Unterstaats-Secretär Dr. *Lehnert* hat mir das Schreiben vom 4. d M. und das dazu gehörige Promemoria vorgelegt, worin Ew. Wohlgeboren die Bestimmungen der neuen Gewerbe-Ordnung über die Privat-Kranken-, Privat-Irren- und Privat-Entbindungs-Anstalten besprechen. Ich kann den von Ihnen hierüber geäusserten Auffassungen nicht überall beistimmen.

Dies gilt zunächst von der Ausführung, dass nur approbirte Medicinalpersonen fähig seien, die Concession zur Anlegung einer Privat-Heilanstalt zu erlangen. Denn schon vor Erlass der neuen Gewerbe-Ordnung sind dergleichen Concessionen vielfach an Laien verliehen, wenn Letztere durch Engagirung von Sachverständigen die erforderliche Gewähr für eine gehörige Krankenbehandlung boten. Hiergegen lässt sich auch principiell Nichts einwenden, weil die Verwaltung eines Krankenhauses ausser der eigentlichen Krankenbehandlung in ökonomischer und finanzieller Beziehung umfassende Thätigkeiten in Anspruch nimmt, für welche eine ärztliche Vorbildung nicht unbedingt nöthig ist.

Dass hierin die Gewerbe-Ordnung für den norddeutschen Bund eine neue bisher unbekannte Schranke habe aufrichten wollen, lässt sich nicht annehmen.

Ebenso kann ich denjenigen Ausführungen nicht zustimmen, welche darauf abzielen, die Privat-Krankenanstalten etc. auf gleiche Linie mit dem §. 16 der Gewerbe Ordnung genannten Anlagen zu stellen. De lege ferenda mag sich hierüber Manches sagen lassen. Die lex lata steht aber bei unbefangener Auslegung diesen Deductionen nicht zur Seite.

Dagegen stimme ich Ew. Wohlgeboren darin bei, dass die bisherige medicinal- und sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung der Privat-Kranken- etc. Anstalten durch die neue Gewerbe-Ordnung nicht aufgehoben ist. Im Gegentheil; jemehr die neue Gewerbe Ordnung die Berechtigung des Individuums zu möglichst freier Bewegung als leitendes Princip in den Vordergrund stellt, desto dringender wird die Aufgabe der Behörden, durch gewissenhafte Ausübung des ihnen verbliebenen Aufsichtsrechts das Publikum gegen die möglichen Gefahren jenes Princips zu schützen, soweit es innerhalb der durch das Gesetz gezogenen Schranken geschehen kann.

Während der §. 30 der neuen Gewerbe-Ordnung die Ertheilung der Concession vorschreibt, falls nicht Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Nachsuchenden in Beziehung auf den beabsichtigten Ge-

---

*) *Eulenberg's* Vrsch. f. ger. u. öff. Med. 1871. 1. Heft. S. 153.

werbebetrieb darthun, so ist hierin die Präsumtion für die Zuverlässigkeit jedes Bewerbers um eine solche Concession ausgesprochen. Wenn aber sodann §. 53 Al. 2. l. c. die Zurücknahme der Concession unter der Voraussetzung gestattet, dass aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften klar erhellt, welche bei ihrer Ertheilung vorausgesetzt werden mussten, so kann es bei gehöriger Beaufsichtigung einer mangelhaft geleiteten Privat-Krankenanstalt nicht schwer fallen, aus der Erfahrung heraus Thatsachen zu constatiren, welche die Unzuverlässigkeit des Concessionsinhabers in Beziehung auf seinen Gewerbebetrieb klar erhellen lassen. Dies genügt um ihm sowohl die Concession zu entziehen, als auch die Ertheilung einer neuen zu versagen.

Es kann hiergegen eingewendet werden, dass eine solche regressive Maassregel eine nothwendige präventive nicht ersetze. Das ist richtig, aber mehr gestattet das Gesetz nicht. Eine verständige Aufsichtsbehörde wird zwar wohlthun, bei Anträgen auf Verleihung derartiger Concessionen sich Kenntniss von den für die Erreichung des Zwecks der Anstalt wesentlichen Einrichtungen zu verschaffen und den Unternehmer auf Unzuträglichkeiten, welche hierbei entgegentreten, aufmerksam zu machen. Nur ist daran festzuhalten, dass dies lediglich ex nobili officio geschieht und dass, wenn der Unternehmer sich unzulänglich zeigt, hieraus kein Grund zur Verweigerung der Concession, wohl aber Anlass zu erhöhter Aufmerksamkeit auf die Leistungen der Anstalt und zu event. Einschreiten auf Grund des §. 53 Al. 2 zu entnehmen ist. Hat der Unternehmer die ihm vor der Concessionirung ertheilten Winke unbeachtet gelassen, so muss er es sich selber beimessen, wenn ihm die Concession entzogen und hierdurch ein vielleicht bedeutendes finanzielles Opfer auferlegt wird.

Ew. Wohlgeboren wollen sich hieraus überzeugen, dass es auch innerhalb der durch die neue Gewerbe-Ordnung gezogenen Schranken recht wohl möglich sein wird, das Publikum gegen die Ausbeutung durch gewinnsüchtige Unternehmer von Privat-Heilanstalten zu schützen.

Berlin, den 30. September 1870.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und
Medicinal-Angelegenheiten
von Mühler.

An
den Königlichen Regierungs-
und Medicinal-Rath Dr. N.
zu N.

Bitte.

Die Unterzeichneten sind von dem „Verein der deutschen Irrenärzte“ beauftragt, dem Inhalte des Gewerbegesetzes vom J. 1869, so weit dasselbe die Privatirrenanstalten betrifft, ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. Wir bitten deshalb alle diejenigen Herren Collegen, denen Thatsachen bekannt sind, welche gegen die jetzige Fassung des Gewerbegesetzes Bedenken erwecken, Einem der Unterzeichneten dieselben mitzutheilen.

Dr. *Laehr*,	Dr. *L. Meyer*,	Dr. *Brosius*,
Geh. Sanitätsrath	Prof. der Psychiatrie	Director des Pr. Asyles
zu Schweizerhof	zu Göttingen.	zu Bendorf bei
bei Berlin.		Coblenz.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Vix*, Obermedicinalrath und Kreis-Arzt in Darmstadt, ist aus dem hessischen Staatsdienste definitiv ausgeschieden und als Rath für Medicinal-Angelegenheiten in Metz in den Reichsdienst übergetreten.

Dr. *Servaes* in Cöln hat das Kgl. bayrische Verdienstkreuz erhalten.

Dr. *Carl Spurzheim*, k. k. Sanitätsrath und Director der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Wien, ist am 8. October, 62 Jahr alt, gestorben.

Fortsetzung der Clivus-Studien.

Von

Dr. **Friedrich Karl Stahl,**
Director der Kreisirrenanstalt Carthaus-Prüll.

Hierzu Tafel 1.

Ein dunkles Bewusstsein — eine Ahnung — dass, wenn gleich es mir nicht gelingen will, den Schatz zu heben, noch mancher interessante Fund gerade an der Basis des Schädels, wie des Gehirns zu machen sei, bewog mich zur fortgesetzten Aufmerksamkeit auf die Region des Clivus und, ich entledige mich gerne meines in dieser Zeitschrift (Beitrag zur Casuistik der Enostosen etc. Bd. XXVI), gegebenen Versprechens, weitere Ergebnisse auf diesem anatomischen Terrain nicht lange vorenthalten zu wollen, indem ich hiermit die in einen Zeitraum von vier Jahren fallenden, wiewohl spärlichen Befunde mittheile.

Nachdem in neuester Zeit auch *Meschede* in seiner Abhandlung über Pyromanie in scharfsinniger Weise den Zusammenhang einer Clivusläsion mit der Genesis des von ihm beschriebenen Krankheitsfalles nachzuweisen sich bestrebte, dürfte das Augenmerk noch manch anderer, gleichgewandter Forscher auf dieses Gebiet gelenkt werden, und dann — zweifle ich nicht mehr an einer dankbaren Erfüllung meiner oben ausgesprochenen Ahnung.

Wir haben uns bei den Obduktionen, zum Zwecke der Untersuchung der Basilarknochen eine stereotype, höchst einfache Manipulation angeeignet. Es wird nämlich von der Mitte des Firstes der Sattellehne bis zum grossen Hinterhaupts-

loche ein Längenschnitt, und unterhalb der Synchondrosis spheno-occipitalis ein Querschnitt geführt, hiebei die Dura mater bis auf die harte Unterlage gespalten und von dieser, nach der hierdurch vorgezeichneten Richtung, in vier Lappen vorsichtig abgetrennt, so dass wir mit leichter Mühe und sehr kurzem Zeitaufwande die ganze Clivusbahn mit Auge und Finger zu exploriren im Stande sind. Bei irgend einer ungewöhnlichen Wahrnehmung wird alsdann das Knochenstück vollständig exstirpirt, getrocknet und mit grösserer Musse der Untersuchung unterzogen.

Die nachstehenden Resultate sind aus der Summe von 104 Leichenöffnungen gewonnen. Bei ihrer näheren Beschreibung bedarf es wohl kaum einer Entschuldigung, wenn ich, den Hauptzweck im Auge haltend, um der Kürze willen von weitläufigen Krankengeschichten oder anderweitigen in concreto unwichtigen pathologisch-anatomischen Vorkommnissen möglichst Umgang nehme, und mich nur auf das Wesentlichste beschränke.

Eigentliche Exostosen und zwar unterhalb der Knorpelfuge des Keilbeins, am Körper des Basilarknochens, haben wir nur in Einer Leiche gefunden und können somit die Seltenheit ihres Vorkommens wiederholt bestätigen.

Dieses Tribasilarbein gehörte einem pensionirten Beamten, K. D. aus Augsburg an. Er war 69 Jahre alt, verhältnissmässig noch sehr rüstig, aber so schwerhörig, dass man sich ihm nur mit grösster Mühe verständlich machen konnte. Auch bemerkte man an ihm ein leichtes Sprachhinderniss, was man hier zu Lande „gatzen“ nennt. Er stiess nämlich zwischen den einzelnen Redesätzen, oft auch zwischen einzelnen Worten unartikulirte monotone Laute aus, bis er wieder in Fluss zu kommen vermochte. Seine Zunge lag schief im Munde und schien etwas dick und schwerfällig. Ob aber diese Symptome von der später zu erwähnenden Compression des Nervus hypoglossus abhängig waren, wage ich nicht zu entscheiden.

Das geistige Leiden bestand in Melancholie, die sich durch ständige Furcht, meuchlerisch erschossen zu werden, so wie durch fortwährende Angst, seine längst erwachsenen und ver-

sorgten Kinder seien von schrecklichem Unglücke heimgesucht etc. charakterisirte.

Er starb nach zweijährigem Aufenthalte in hiesiger Anstalt, unmittelbar nach der Mittagsmahlzeit, an einem Insultus apoplecticus.

Die Section ergab reichliche Blutergüsse in beiden Lateralventrikeln mit weitverbreitetem Detritus der Gehirnsubstanz. Vorzüglich aber die Erscheinungen hochgradiger Atrophie des Gehirns in grossem Umfange mit ihren Consequenzen, Verdickung sämmtlicher Gehirnhäute und Schädelknochen. Diese letztere Anomalie möchte vielleicht theilweise den Schlüssel zur Erklärung der pathologischen Producte des Clivus bieten, welche sich folgendermaassen verhalten:

Vom Firste der Sattellehne schlägt sich ein dachförmiger, circa zwei Linien breiter Rest des ehemaligen Deckknorpels nach hinten, der sich ziemlich hoch von der unter ihm liegenden Fläche des Dorsum ephippii abhebt und zahlreiche Gruben und Rauhigkeiten (die stark entwickelten Spuren des *Virchow*'schen Plexus basilaris), überschattet. Die seitlichen Endpunkte des Firstes, die Processus clinoidei posteriores sind knopfförmig hyperostosirt. Die Sattellehne ist nur in ihrer rechten Hälfte hyperostotisch, während die linke bis zur Papierdünne und völligen Durchsichtigkeit atrophirt erscheint. In der breiten und sehr vertieften Hohlkehle des eigentlichen Basilarknochens finden sich mehrere, zum Theile die Grösse einer Linse erreichende, warzenförmige Osteophyte. An den beiden Einfassungen der Hohlkehle, den Ursprungstellen des Nervus trigeminus entsprechend, sitzt rechterseits eine grössere, linkerseits eine kleinere Exostose. Das Tuberculum des linken Processus condyloideus ist auffallend hyperostosirt und mit zahlreichen Osteophyten besetzt.

In dieser Region hat überhaupt der hyperostotische Process eine exorbitante Höhe erreicht. Bei der anfänglichen Untersuchung glaubten wir sogar, dass das linke Foramen condyloideum anterius merkwürdiger Weise gänzlich fehle [1]),

[1]) Das Fehlen des Foramen condyloid. posterius hätte uns natürlich nicht im Mindesten überrascht, da es ja überhaupt sehr häufig fehlt. Aus

und erst bei sehr genauer Betrachtung entdeckten wir, dass dieses Foramen durch die enorme Knochenwucherung in eine ganz feine, fissurähnliche Spalte zusammengeschmolzen war, die heute noch ein Stückchen des hier austretenden Nervus hypoglossus in sich einklemmt.

In Betrachtung dieses, so wie manch anderer unserer Präparate glauben wir die Vermuthung aussprechen zu dürfen, dass unter hochgradiger Atrophie des Gehirns, namentlich bei vorgerückten Lebensjahren und unter der im Gefolge der Atrophie sich entwickelnden allgemeinen Hyperostosie der Schädelknochen, sich in beliebigen Regionen der Letzteren, demnach auch am Basilarbeine Exostosen oder Osteophyte, überhaupt Knochenauswüchse verschiedenster Form zu entwickeln pflegen, die dann ebenfalls als senile, secundäre, den Gehirnschwund compensirende Producte zu betrachten wären.

Im Uebrigen hat dieses Präparat, vorzüglich die warzenförmigen Osteophyte am Basilarbeine betreffend eine überraschende Aehnlichkeit mit dem in meiner oben allegirten Abhandlung abgebildeten Clivus des Anton Haupt.

Im Gegensatze nun zur grossen Seltenheit der Exostosen unterhalb und ferne der Knorpelfuge des Keilbeins fanden wir Ekchondrosen verschiedenen Kalibers, meist am oberen Rande derselben, verhältnissmässig ziemlich häufig.

Einzelne von ihnen glaubten wir jedoch wegen ihrer Grösse, dann, weil sie die Dura mater perforirten, oder dieselbe in einer Weise verdünnten und in die Höhe drängten, dass bei Herausnahme des Gehirns die Excrescenz sogleich in die Augen sprang und endlich, weil ihre Entwickelung entschieden in frühere Lebensperioden fällt, als die der obenangeführten Exostosen, durchaus nicht für unwichtig und harmlos halten zu dürfen, zumal sie auch *Virchow* gerade bei Geisteskranken überwiegend vorgefunden hat.

Wir haben sie unter Anderen ein Mal mit breiter Basis, vom Umfange einer durchschnittenen Erbse, ein ander Mal in

---

ihm treten auch nur Gefässe aus, die sich mit den äusseren Gefässen des Kopfes verbinden, während das Foramen anterius die unentbehrliche Strasse für den Austritt des Nervus hypoglossus bildet.

länglicher, leistenartiger Form, circa 1½ Linien lang, vom vorderen Rande der Synchondrosis nach aufwärts verlaufend und in letzterem Falle sogar mit fester Anhaftung einer, die gleiche Richtung nehmenden, bis an den Sattelfirst reichenden, scharfen, dünnen Knochenspitze, vorgefunden.

Der erstere Fall betrifft eine Dame besseren Standes, welche im 73. Jahre starb, nachdem sie 17 Jahre, an Verrücktheit leidend, in hiesiger Anstalt verpflegt worden und schon 20 Jahre vorher geistig erkrankt war. Der Tod erfolgte unter den Symptomen allgemeiner Hydropsie.

Die erwähnenswerthen Sectionsergebnisse sind, wie an vorbeschriebener Leiche, eine ausgeprägte Altersatrophie des Gehirns mit allgemeiner Verdickung der Schädelknochen. An der Innenfläche der Calvaria sitzen zahlreiche Osteophyten und exostotische Auflagerungen, von denen eine, am rechten Scheitelbeine an ihrer Basis den Umfang eines bayrischen Sechsers erreicht, während eine andere, am linken Scheitelbeine, nur um Weniges kleiner entwickelt ist.

Bei Betrachtung des Clivus findet sich am vorderen Rande der Synchondrosis spheno-occipitalis, fast genau in der Mitte dieses Streifens, eine Wucherung, die wir nach ihrem Sitze als Ekchondrose bezeichnen müssen. Sie haftet mit breiter Basis auf, zeigt ungefähr Höhe und Umfang einer durchschnittenen Erbse und ist in ihren Seitentheilen nach oben zugespitzt. Die Spitze des Auswuchses durchbohrt die Dura mater und es ist uns in diesem Falle zum ersten Male gelungen eine mit kurzem Stiele auf der Ekchondrose aufsitzende, die beiläufige Grösse eines Kirschkerns erreichende Schleimgeschwulst zu entdecken, wie sie *Virchow* [1]) (a. a. O. p. 54) näher beschreibt.

Ausserdem ist auch hier, wie im obigen Falle, die Sattellehne nur halbseitig hyperostosirt, während die andere Hälfte atrophisch, bis zur Durchsichtigkeit verdünnt, und sogar mehrfach gefenstert, durchlöchert ist. Die Processus clinoidei post. sind äusserst zart und feinstachelig entwickelt. Der übrige

---

[1]) Die Entwickelung des Schädelgrundes; Berlin 1857.

Clivus zeigt sich platt und normal und nur die Tubercula innominata sind auffallend derb und hoch.

Während wir nun hier die beträchtlichen Exostosen, namentlich der Ossa parietalia nebst der allgemeinen Knochenverdickung als compensatorische Produkte der Altersatrophie des Gehirns auffassen zu müssen glauben, gehört dagegen die Ekchondrose entschieden einer früheren Lebens-Periode an und ist ihre Entwickelung wohl mit der allmäligen Verknöcherung der Knorpelfuge des Keilbeins, welche bekanntlich in der Regel mit dem 20. Jahre ihren Abschluss findet, in Zusammenhang zu stellen.

Der zweite Fall betrifft eine 65 Jahre alte, ledige Bürgerstochter, welche 15 Jahre lang an Verrücktheit leidend im hiesigen Asyle in Verpflegung stand. Sie wurde im Verlaufe dieser Zeit mehrmals von Apoplexie befallen und starb nach längerer Bettlage in Folge hypostatischer Pneumonie.

Im sehr atrophirten Gehirne fanden sich mehrere Erweichungsheerde und die Schädelknochen zeigten sich durchgehends hyperostosirt und von schwerem Gewichte.

Der Basilartheil des Clivus bildet eine compacte, derbe Masse, während das ganze Dorsum ephippii bis zur Durchsichtigkeit verdünnt ist und schon bei Herausnahme des Präparats aus dem Schädel, hart vor der Synchondrosis sphenooccipitalis, abbrach. Eine sehr auffällige Kürze der Sattellehne lässt überdiess auch mit Sicherheit auf frühzeitige Synostose der genannten Knorpelfuge schliessen.

Genau in der Mitte des vorderen Randes der Knorpelfuge des Keilbeins befindet sich jene längliche, oben beschriebene, mit scharfer Knochenspitze versehene Ekchondrose.

Ausser diesen Knochenauswüchsen am Clivus haben aber auch jene Erscheinungen unsere Aufmerksamkeit erregt, welche den Metamorphosen des Deckknorpels angehören und den Nachweis liefern, in wie verschiedenartigen Gestaltungen die Entwickelungsvorgänge desselben bei seinem allmäligen Verschwinden zu Tage treten können.

Wenn gleich diese Anomalien in isolirter Betrachtung, mindestens vorläufig nicht mit Bestimmtheit als Erscheinungen zu erklären sind, welche einen unmittelbar störenden Einfluss

auf die dortselbst ruhenden Gehirntheile üben, so sind sie doch bei ihrem morphologischen Charakter, im Zusammenhalte mit anderen Schädelanomalien ein und derselben Leiche, wahrscheinlich nicht ganz ohne pathologische Bedeutung.

Die beiliegenden, photographisch aufgenommenen Präparate zeigen schon auf den ersten Blick eine wunderbare Varietät und rechtfertigen hierdurch schon an und für sich die Mühe einer näheren Untersuchung.

Zu ihrem vollen Verständnisse halte ich es jedoch für unerlässlich *Virchow*'s Lehrsätze über den Deckknorpel (a. a. O. p. 47) in möglichster Kürze hier zu recapituliren:

„Nach der Geburt liegt eine breite Knorpelmasse von der Höhe der Sattellehne abwärts, bis zum Sphenoidalknorpel sich erstreckend und nach unten in einem stumpfen Winkel, oder einer flachen Curve in den Sphenoccipitalknorpel sich umbiegend. Dies ist der Deckknorpel. Seine Ossification geht, namentlich am mittleren Theile der Sattellehne viel früher von Statten, als an den Processus clinoideis. Sie greift entweder am vorderen Rande der Synchondrosis spheno-occipitalis durch den ganzen Knorpel durch, so dass sie sich von Letzterer, welche viel später ossificirt, vollständig abtrennt, oder es schiebt sich von der Sattellehne aus, am oberen Umfange des Deckknorpels eine peripherische Knochenschicht herunter, welche grössere oder kleinere Stücke des Deckknorpels deckt. Während *Virchow* bei einem 4½jährigen Kinde den ganzen Deckknorpel von einer äusseren Knochenschale incarcerirt sah, erklärt er es andererseits für einen der häufigsten Befunde, dass diese Knochendecke überhaupt nur eine kurze Strecke herabgeht, und in dieser Form ein zurückgeschlagenes unterhöhltes Blatt bildet. Es ergiebt sich hier eine grosse Unregelmässigkeit der Entwickelung, die er daraus erklärt, dass hier ausser der Knorpelmetamorphose auch die Entwickelung eines cavernösen Gefässsystems stattfindet. *Virchow* entdeckte bei genauerer Untersuchung der von den meisten Anatomen beschriebenen Queranastomose zwischen beiden Sinus petrosi inferiores, vielmehr auf der Sphenoidalfläche des Clivus ein sinuöses Geflecht, das er mit dem Namen „Plexus basilaris“ bezeichnet.

Schneidet man die über die ganze Region straff und glatt ausgespannte Dura mater ein, so findet sich, dass sie nur an der Sattellehne und in der Gegend der Sphenooccipitalfuge fest ansitzt, dass dagegen unter ihr, im ganzen Zwischenraume ein schwammiges Gewebe liegt, das unter günstigen Verhältnissen ganz mit Blut durchtränkt ist. Beim Erwachsenen unterscheidet man hier eine Reihe festerer Trabekeln, welche von ihr zur Knochenoberfläche gehen und durch ihr weisslich sehniges Aussehen sehr deutlich hervortreten. An diesen Balken sitzt gewöhnlich ein spärliches, weiches, bald mehr röthliches, bald mehr gelbliches, fettes Gewebe, wie es sich in ganz ähnlicher Weise im Sinus cavernosus findet. Alles Uebrige sind weitmaschige, anastomosirende Gefässräume. Trennt man diese Masse von der Knochenoberfläche ab, so sieht man letztere rauh, uneben, fast wie cariös, von grossen, blutgefüllten Gefässlöchern durchsetzt, häufig mit feinen glatten Grübchen und mit grösseren und kleineren Knochenvorsprüngen versehen. Auch die Höhe der Sattellehne zeigt nicht selten ähnliche Gruben und Höcker, die bis zu förmlichen, kleinen Exostosen anwachsen.

„Dieser Zustand ist keineswegs ein ausnahmsweiser, sondern bis zu einem gewissen Grade der regelmässige. Am stärksten ausgebildet pflegt er freilich zu sein, wenn die Sattellehne jenes zurückgeschlagene Blatt besitzt, oder wenn die hinteren Processus clinoidei besonders lang sind.“

Nach diesem erläuternden Citate gehe ich nun zur Beschreibung der drei photographischen Abbildungen über.

Fig. 1.

Dies Präparat gehört zunächst in die im Schlusssatze von *Virchow* bezeichnete Kategorie. Man findet den ossificirten Deckknorpel vom Firste der Sattellehne aus sich in ziemlich weiter Erstreckung dachförmig nach hinten zurückschlagend. Die Proc. clinoidei posteriores sind rechts, wie links äusserst schwach entwickelt. In der unteren Region des dachförmigen Blattes befindet sich eine unebene Grube, welche tiefe Gefässimpressionen und von ihrem hinteren Rande nach abwärts kleinere, griesähnliche Exostosen zeigt, welche ohne Zweifel

zur Anheftung der Trabekeln der Dura mater dienten. Auf der vollkommen verknöcherten Sphenooccipitalfuge sitzen ebenfalls einige stecknadelkopfgrosse ekchondrotische Erhabenheiten. Die Clivus-Rinne ist sehr breit und glatt und die sie begrenzenden Leisten fast ganz flach.

Der ehemalige Besitzer dieses Knochens wurde an Schwermuth leidend in die hiesige Anstalt aufgenommen und starb, 40 Jahre alt, nach vierjährigem Aufenthalte dahier, nachdem die Psychose bereits in Verrücktheit übergegangen war. Sein Schädelskelet ergab noch mancherlei wichtige Abnormitäten. Er war ein ausgeprägter Leptocephale mit vollkommener Verschmelzung der Pfeilnaht ohne die geringsten Compensationserscheinungen am Stirn- oder Hinterhauptsbeine. Auch erwiesen sich sämmtliche Schädelknochen in hohem Grade hyperostotisch und von aussergewöhnlich schwerem Gewichte.

Fig. 2.

Hier sind die Processus clinoidei klein, aber scharf und spitz entwickelt. Genau in der Mitte der Synchondrosis sphenooccipitalis sitzt eine rundliche, circa erbsengrosse Ekchondrose mit breiter Basis, welche minder um ihrer Grösse willen, als weil sie die Dura mater perforirte, beachtenswerth erscheint, Jedoch stand dieselbe nicht, wie in dem oben erwähnten Falle mit einer Schleimgeschwulst in Verbindung.

Unmittelbar vor der vollkommen verknöcherten Synchondrosis spheno-occipitalis, scharf an der unteren Grenze des ehemaligen Deckknorpels, beginnt ein tiefer, halbmondförmiger Knochenschwund und die Sattellehne treibt sich über ihm blasenartig hervor. Letztere ist papierdünn und in ihrer Mitte wie mit Nadelstichen durchfenstert. Die Clivushohlkehle ist sehr breit und seicht und ihre beiderseitige Einfassuug stark abgeflacht.

Die ehemalige Eigenthümerin litt an periodischer Tobsucht und starb, 49 Jahre alt, nach siebenmonatlicher Verpflegung in unserem Asyl.

Bezüglich ihrer Schädelbeschaffenheit tritt eine gewisse Uebereinstimmung der pathologischen Architektur im Allgemeinen mit dem örtlichen Befunde am Clivus in so fern zu Tage,

als sie eine mikro-hydrocephale Configuration mit sehr kleinen Kopfdimensionen, sehr breiter, limböser Nahtzeichnung und ausgezeichneter Dünnheit der Schädelknochen zeigte.

Fig. 3.

Es ist dies der Clivus eines 30jährigen, an periodischer Tobsucht leidenden, an Tuberculose verstorbenen Mädchens, welches von jeher durch schwache Geistesgaben sich auszeichnete.

Man fand sämmtliche Schädelknochen hyperostosirt und auch der ganze Clivus bildet, wie die Photographie erweist, ein aussergewöhnlich massenhaftes Knochenstück. Der First der Sattellehne zeichnet sich namentlich durch hyperostotische Derbheit aus und die Processus clinoidei posteriores sind zu runden knopfartigen Massen entartet. In Mitte des Ephippiumfirstes befindet sich eine linsengrosse Ekchondrose, an beiden Seiten der Synchondrosis spheno-occipitalis, so wie linkerseits an der Leiste der Clivus-Rinne mehrere, ihren Verlauf förmlich begleitende kleinere Enostosen, während auf den Tuberculis innominatis beiderseitig sehr stark und spitz hervorragende Auswüchse sitzen. Was letztere betrifft, spricht ihnen *Virchow*, obwohl sie aus ursprünglichem Knorpelboden, nämlich aus der Fuge zwischen dem Körper und den Bogenstücken des Hinterhauptbeins hervorwachsen, dennoch eine Annäherung zur wirklichen Exostosenbildung zu, und erwähnt ihrer grossen Aehnlichkeit mit der ossificirenden hinteren Ekchondrose der Cartilago iliopubica, durch welche das sogenannte Stachelbecken gebildet wird.

Es wird nicht sehr gewagt erscheinen, wenn ich die hyperostotischen Eigenthümlichkeiten dieses Präparats, welches, wie erwähnt, einem vom Hause aus fast schwachsinnigen Individuum angehörte, mit einem gewissen Grade von allgemeiner Gehirnarmuth im Zusammenhange vermuthe und, ich kann nicht unterlassen, schliesslich als Curiosum mitzutheilen, dass ich im anatomischen Museum zu München, nachdem ich eine beträchtliche Anzahl menschlicher Schädel-Skelette, in

der Absicht pathologische Produkte am Clivus aufzufinden, vergeblich untersucht hatte, mich endlich missmuthig zur Besichtigung von Affenschädeln wendete und zu meiner grossen Ueberraschung einen auffallend hyperostosirten Clivus mit wulstiger Sattelfirste und knopfartiger Gestaltung der Processus clinoidei posteriores im Skelette eines Orang-Outang ausfindig machte.

Ueber Hautexantheme nach dem Gebrauche von Chloralhydrat.

Von

Dr. von Gellhorn,

2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Halle.

Eine der bekanntesten weil in die Augen fallendsten Gegenwirkungen des menschlichen Organismus gegen gewisse ihm feindliche Stoffe ist das Auftreten von Hautexanthemen. So geläufig uns diese Reaction bei der Infection mit den bekannten Contagien der Pocken, des Scharlachs und der Masern sind, so auffallend erscheinen sie uns zuweilen nach gewissen Stoffen, welche wir als Genuss- oder Arzneimittel zu uns nehmen. Jedermann kennt die Urticaria-Ausschläge, welche bei manchen Personen nach dem Genusse von Erdbeeren, Krebsen, manchen Arten Fischen und dergl. auftreten. Exantheme nach Arzneistoffen sind beobachtet nach Arsen, Bromkalium, Chinin, Copaivbalsam, Jod, Morphium, Opium, und gewiss noch nach manchen anderen, zuweilen selbst schon nach kleinen Gaben. So referirt *Radziejewsky* über einen Fall im Centralblatt[1]) aus No. 388 des brit. med. Jour. 1869, wo nach Dosen von 0,02 Chinin unter Geschwulst des Gesichts und der Arme ein erythematöser Ausschlag erschien, welcher nach 3 bis 4 Tagen verschwand, sobald Chinin ausgesetzt wurde, und welchem eine Abschuppung wie nach Scharlach folgte. Einen ähnlichen Fall berichtet *Lightfoot* [2]), über welchen

---

[1]) Centralblatt No. 56, 1869.

[2]) *Lightfoot*, Toxicaction of Quinine. Brit. med. Journal. Jan. 8. 1870.

die *Virchow*'schen Jahresberichte folgendermaassen referiren: Eine 46jährige nervöse Dame bekam nach der ersten Dosis von $\frac{1}{2}$ Gran citronensauren Chinins im Verlaufe von $\frac{1}{2}$ Stunde unter heftigem Jucken des ganzen Körpers ein papulöses Exanthem mit Anschwellung des Gesichts, welches in 3 Stunden wieder verschwand und zur Desquamation an den beiden folgenden Tagen führte. In einem Falle von *Skinner* [1]) stellte sich nach der 2. Chininpille à $\frac{1}{4}$ Gran Frost, Hitze, Fieber und ein heftig juckender scarlatinöser Ausschlag ein, worauf allmälige Desquamation, 3 Monate hindurch anhaltend folgte.

Exantheme sind nun auch in neuerer Zeit mehrfach nach Chloral-Gebrauch beobachtet worden. Am häufigsten kommen vor die zuerst von *Schüle* beschriebenen erythematösen Haut-Turgescenzen, welche namentlich die von jenem Autor „Rash" genannten Zustände charakterisiren. Demnächst nennen die Autoren quaddelartige Ausschläge; so *Husband* [2]), über welchen Fall No. 46 des Centralblattes 1871 folgendermaassen berichtet: Eine 56jährige, an Fluor albus leidende Frau, verbrauchte innerhalb 10 Tagen circa 15,0 Chloral; am 11. Tage war die ganze Haut von heftig brennender und von Fieber begleiteter Urticaria bedeckt; nach einigen Tagen verschwand diese Eruption unter Abschälung der Haut wie nach Scharlach. Ebenfalls Urticaria beobachtete *Crichton Brown* [3]) bei 2 Geisteskranken, während *David Gordon* [4]) ein papulöses Exanthem in einem anderen Falle gesehen haben will. Ausserdem wurden von *Crichton Brown* in zwei Fällen Purpura gesehen, einmal mit allgemeiner Abschälung der Epidermis und grossem Kräfteverfall, das andere Mal mit Ausgang in Tod nach 3wöchentlichem Bestehen. Auch von *Liebreich* [5]) wird ein Fall mitgetheilt, wo ein scharlachähnliches Exanthem an der Brust und den oberen Extremitäten bei einem Verwundeten am 29. Tage

---

[1]) *Skinner*, Toxicaction of Quinine. Ibid. Jan. 22. 1870.

[2]) *Husband*, The Lancet, 1871. No. 25.

[3]) *Crichton Brown*, Berichtet im Centralblatt 1871. No. 48

[4]) *David Gordon*, *Virchow*'s Jahresberichte für 1870, 1. Bd. 3. Abth. p. 345.

[5]) *Liebreich*, Das Chloralhydrat. 3. Aufl. 1871. p. 85.

auftrat, welcher wegen Tetanus Chloral erhielt in Dosen von 2,5 bis 4,5. Das Exanthem wiederholte sich am 31. Tage mit Erbrechen und unter grosser Schwäche. Die Temperatur stieg beim Ausbruch des Exanthems bis auf 39,6° C.

Ferner sah *Pelman* [1]) in 2 Fällen, neben anderen Erscheinungen: Petechien, bei einem Paralytischen mit Ausgang in Tod. —

Auch auf der letzten Naturforscherversammlung zu Rostock wurde von *Winkel* auf mehrere von ihm beobachtete Hautexantheme nach Chloralgebrauch aufmerksam gemacht.

Die Exantheme, welche unter unseren Chloral gebrauchenden Patienten zur Beobachtung kamen, waren ausser mehrfachen Fällen von wiederholt auftretendem Erythem bei rashartigen Zuständen:

2 Fälle von Urticaria,
2 Fälle eines papulösen Exanthems,
1 Fall eines scarlatinösen Exanthems,
1 Fall eines morbillenartigen Exanthems.

1) Der erste Fall von Urticaria-Exanthem zeigte sich bei einer Puerperalmanie, einer bleichen, nervös disponirten, sehr heruntergekommenen Frau von 30 Jahren, bei welcher, nachdem nach fünftägigem Chloralgebrauch von 3,0 p. anum eine phlegmonöse Entzündung des rechten Oberschenkels aufgetreten war, am 23. Tage der Chloralanwendung das Urticaria-Exanthem bemerkt wurde. Dasselbe erstreckte sich auf Brust und Arme und verschwand allmälig nach 2 Tagen ohne wesentliche Fiebererscheinungen. Während des Ausbruchs des Exanthems erschien Patientin indess erregter als vorher. Später wurden an derselben Patientin bei fortgesetztem Chloralgebrauch wiederholt rashartige Zustände bemerkt, während gleichzeitiger Verabreichung von Lagerbier.

2) Der zweite Fall betrifft den unter No. 13 in meiner Arbeit „Klinische Beobachtung über Chloral-Hydrat" bereits angeführten jungen Menschen mit Verfolgungswahn. Derselbe erhielt vom 21. Juli ab 2,0 Chloral mit 0,01 Morphium gegen bestehende Schlaflosigkeit. Am 17. August wurde, nachdem bereits mehrmals rashartige Zustände vorhergegangen waren, ein Urticaria-Exanthem über Gesicht und Hals verbreitet, bemerkt, welches nach einigen Stunden ohne weitere Folgen verschwand. Von Spirituosen war während der Zeit des Chloralgebrauchs nur ein ganz leichtes Hausbier genossen worden. Eine Wiederholung des Exanthems fand bei

---

[1]) *Pelman*, Irrenfreund, 1871. No. 2.

dem bis Mitte September fortgesetzten Chloralgebrauch nicht statt, indess verfiel Patient, wie in der bereits citirten Arbeit näher beschrieben, in einen Zustand grösster geistiger Stumpfheit, welcher rasch verschwand, als der Chloralgebrauch abgebrochen wurde.

3) Ein papulöses Exanthem wurde beobachtet bei einem Patienten von 43 Jahren, dessen Vater Potator gewesen war und welcher in dem Anfangsstadium der Dementia paralytica während der letzten Monate selbst reichlich getrunken hatte. In starker Erregung und ganz schlaflos der Anstalt zugeführt am 1. Juni, erhielt er nächtliche Dosen von 3,0 Chloral, wobei am 10. Juni das papulöse Exanthem am ganzen Körper verbreitet erschien, um nach zweitägigem Bestehen zu verschwinden und einer mehrere Wochen dauernden Haut-Abschälung Platz zu machen. Andere aussergewöhnliche Wirkungen des Chlorals wurden trotz noch lange Zeit fortgesetzten Gebrauches desselben nicht beobachtet.

4) Ein anderer Fall von papulösem Exanthem betraf einen Kranken von 46 Jahren mit robustem wohlgenährtem Körper aber bleicher Gesichtsfarbe, welcher bereits seit Jahren wegen periodisch wiederkehrender maniakalischer Anfälle in der Anstalt sich aufhielt. Wegen Schlaflosigkeit erhielt derselbe in einem dieser Erregungszustände vom 27. Februar ab nächtlich allmälig steigend 3,0 bis 7,0 Chloral. Am 28. März wurde ein papulöses Exanthem bemerkt, welches in dem Journalblatt des Kranken als Lichen-Agrius (Villan) bezeichnet ist, welches mehrere Tage bestand. Dem Schwinden des Exanthems folgte Verdickung der Epidermis und starke Abschälung derselben, welche bis Ende Mai dauerte und den Patienten sehr herunter brachte. Chloral war während dieser Zeit ausgesetzt worden später in Zeiten der Erregung wieder gereicht, traten öfter Diarrhoen und Oedem der Füsse ein, auch hat Patient seine frühere Körperfülle nie wiedererlangt, trotz sehr lange Zeit hindurch verabreichter Extrakost.

Genauer beobachtet sind die beiden folgenden Fälle: Der erste davon, namentlich deshalb interessant, weil bei jedesmaliger Wiederverabreichung von Chloral das Exanthem wiederkehrte, was 3 Mal sich wiederholte und mir endlich, da ich von Chloral-Exanthemen noch nichts wusste, die Ueberzeugung aufdrängte, dass der Ausschlag von Chloral herrühre.

5) S, eine 54jährige Wittwe von schwächlicher Constitution, in der Jugend an Nekrose der Ulna leidend, wurde am 21. Juni 1871 bald nach Ausbruch maniakalischer Erregung aufgenommen mit den unverkennbaren Zeichen der tabischen Dementia paralytica. Sie erhält am Abend des 21. 2,0 Chloral, schläft gut, bleibt aber wegen Oedem der Füsse am nächsten Tage und den folgenden im Bett. Das Chloral wird allabendlich mit Unterbrechung von einigen Tagen, wo sie ruhiger geworden zu 2,0 bis 3,0 fortgereicht. Das Oedem der Füsse war inzwischen geschwunden und stellte sich erst am 19. Juli wieder ein. Am 21. Juli wird bei mässigem Fieber ein scharlachartiger Ausschlag bemerkt. Die flach erhabenen blarothen Flecken hatten, am Rumpf und an den Oberschenkeln zu grösse

unregelmässigen Partien zusammenfliessend, vom Kopf nach den unteren Extremitäten sich ausbreitend, am 23 den ganzen Körper bedeckt. Gleichzeitig bestand mässiges Anasarca der gesammten Hautdecken während die Unterschenkel stärker geschwollen und erythematös geröthet waren. Der sehr wenig copiöse, dunkelrothbraune Urin mit starkem Sediment enthielt kein Eiweiss. Psychisch ist die Kranke sehr benommen. Bis zum 31. ist unter Gebrauch von Digitalis und Kal. acet. das Exanthem abgeblasst und die Oedeme geschwunden und es beginnt nun eine Abschälung der Epidermis wie nach Scharlach. Das Sensorium der Kranken ist freier geworden. Vom 6. August, wo Patientin wieder unruhiger wird, wird Chloral, welches seit dem Auftreten des Exanthems ausgesetzt war, zu 2,0 Nachts wieder gereicht bis zum 10., wo es durch 0,015 Morphium ersetzt wird. Es stellt sich alsbald wieder starke Röthe der wulstigen Conjunctiva palpebralis und Oedem der Lider ein, sodass die Kranke kaum aus den Augen sehen kann. Am 9. zeigt sich, während die Abschuppung fortbesteht wiederum das Exanthem in der früheren Weise und am 11. ist der ganze Körper damit bedeckt. Die Temperatur zeigte in der Achselhöhle 38,1° C. Der Puls 82' Schläge. Auf manchen der vereinzelt stehenden flachen Flecken bemerkt man ein feines glashelles Bläschen, welches später obliterirend, ein kleines feines Epidermis-Schüppchen wahrnehmen lässt, während die Desquamation im Uebrigen in grösseren Stücken, an Füssen und Händen stellenweise in dicken Epidermisfetzen von Statten geht. Im Allgemeinen ist, da Hautoedem nicht mehr besteht, die Haut spröde und trocken, nur im Gesicht werden um den Mundwinkel, das Kinn und auf dem Nasenrücken nässende und schorfbildende Stellen bemerkt, wahrscheinlich vom Kratzen der Patientin herrührend; auch wird häufig über Hitze und Brennen namentlich auch im Schlunde von Seiten der Patientin geklagt. Am 15. beginnt das Exanthem abzublassen, die Temperatur am Abend 37,4° C., Puls 72. Am 16. und 17, starke psychische Unruhe der Patientin, welche häufigst das Bett verlässt, umherläuft und von Würmern delirirt, welche in der Stube umherkröchen. Die in Folge des Umherlaufens dick und prallgeschwollenen Beine geröthet von Exanthem, untermischt mit erythematöser Röthe bilden mit dem sehr mageren, in starker Abschuppung begriffenen Oberkörper, von blasser schlaffer Haut bedeckt einen eigenthümlichen Contrast. Die Temperatur in den Morgenstunden, in der Achselhöhle gemessen, beträgt 35,8° C. im After [1]) 35,9° C. Puls 64, klein. Patientin erhält gegen 11 Uhr Morgens wiederum 2,0 Chloral und um 12½ abermals 2,0, worauf sie bis 6 Uhr Nachmittags schläft. Die Temp. Abends 9 Uhr 36,5° C. Puls 72. Am Morgen des 18 zeigt sich nach gut vollbrachter Nacht an der ruhiger gewordenen Patientin wiederum Oedem der Lider und etwas gedunsenes Gesicht, während die Beine durch das Liegen etwas abgeschwollen sind. Am 20. macht Patientin, da die Oedeme überall geschwunden, der in den letzten

---

[1]) Die folgenden Temperaturmessungen sind alle im After gemacht.

Tagen an den Füssen noch bestehende Ausschlag und die erythematöse Röthe abgeblasst sind, kein Fieber mehr besteht und zum ersten Mal in grösseren Mengen klarer Urin entleert worden ist, einen verhältnissmässig gesunden Eindruck. Die Desquamation dauert indess ununterbrochen fort.

Am 20. Abends erhält Patientin wegen psychischer Unruhe 2,0 Chloral, welche Dosis in den beiden folgenden Nächten wiederholt wird, wobei die Abendtemperatur von 37,0° C. am 20. und 21. auf 38,1° C. am 22. steigt und sich in der Nacht vom 22. bis 23. Diarrhoe einstellt. Am 23. wird wiederum das frühere Exanthem bemerkt, dies Mal jedoch mit Ausschluss des Rumpfes und des Gesichts während die Unterschenkel ausser dem Exanthem noch viele feine Ecchymosen wahrnehmen lassen. Das Exanthem bleibt dies Mal auch auf die genannten Theile beschränkt und ist am 27. wiederum verschwunden, um indess in erneuter Extensität am 29. wiederum aufzutreten, nachdem am 25, 27. und 28. Abends abermals 2,0 Chloral gegeben worden waren, wobei die Temperatur am Abend vor dem Ausbruche bis auf 39,5° C. stieg. Auch Petechien stellten sich auf den Unterschenkeln in vermehrter Zahl und vergrösserter Form wiederum ein, die Diarrhoen wurden bald profuser, die Abschuppung dauerte fort, Oedeme traten, sobald Patientin, was öfter geschah, auf den Beinen war in verstärktem Maasse ein, dazu gesellte sich Ascites und die Kranke starb fieberlos, nachdem das Exanthem am 1. September wiederum abgeblasst war, im Sopor am 5. September. —

Aus dem Protokoll der Section, welche 5 Stunden nach dem Tode gemacht wurde, hebe ich Folgendes hervor: Die stark abgemagerte Leiche lässt überall Epidermis-Abschuppung wahrnehmen. Die unteren Extremitäten sind bis zum Knie, die oberen Extremitäten bis zum Ellenbogen oedematös geschwollen. Am Stirnbein ziemlich dicke Knochenauflagerungen. Die Dura mater über dem Stirnhirn schlaff. Stirnhirn selbst etwas geschwunden, Seitenventrikel erweitert, das Ependym zeigt mehrfach kleine Ecchymosen. Beide Substanzen blutarm. Das Rückenmark zeigt auf allen Querschnitten in den Hintersträngen graue Trübung. In der Mitte des Brusttheils zeigt sich in den weichen Häuten der Hinterseite eine etwa 1,5 Mm. breite ringförmige Verdickung. Die Schilddrüse ist geschwellt, die Klappen im linken Herzen zeigen leichte Verdickungen; die Aorta ist in hochgradiger atheromatöser Degeneration begriffen. In der Bauchhöhle beträchtliche Mengen mit Fibrinflocken gemischter seröser Flüssigkeit; die Leber in allen Durchmessern verkleinert, im Uebrigen ziemlich deutliche Läppchenzeichnung. Die Gallenblase enthält einen sperlingseigrossen Gallenstein. Die Nieren sind ohne auffallende Veränderung. Die Magenschleimhaut ist hyperämisch mit eingestreuten Ecchymosen. Der Dickdarm zeigt starke Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut.

6) Ein der Milliaren-Form der Morbillen am nächsten kommendes Exanthem wurde bei einer Kaufmannsfrau von 29 Jahren mit scrophulöser und stark ausgesprochener erethischer Constitution beobachtet, welche wäh-

rend der Stillungsperiode des ersten Kindes an agitirter Melancholie mit starken Gehörshallucinationen erkrankte[1]). Am 1. August 1871, nach etwa sechswöchentlichem Bestehen der Psychose aufgenommen, erhielt sie bis zum 25. 2,0 Chloral mit 0,01 Morphium zur Nacht und 1,0 Chloral mit 0,005 Morphium des Morgens, worauf sie noch mehrere Stunden schläft, des Nachmittags aufsteht, spazieren geht oder badet. Am 9. nach dem Bade: Blässe, Erbrechen, bald darauf rashartiger Zustand bis zum Schlafengehen. Am 11. vor dem Abendessen (Bierkaltschale) und nach diesem verstärkt wiederum ein Rash. Eine Stunde darauf sehe ich sie: Gesicht geröthet, turgescirt und heiss, desgleichen die Arme und Hände; Augen injicirt und thränend. Patientin liegt schlummernd in einer Sophaecke, Puls ist weich und voll bei 124 Schlägen; sie klagt über Kopfschmerz — Bier wird seitdem verboten. Da mir die Frequenz des Pulses, die am 19. noch 80 beträgt, schon öfters aufgefallen war, so bestimmte ich neben dieser auch mehrere Male die Temperatur und fand am 25. vor dem Abendessen dieselbe zu 37,7° C. bei einem Puls von 100; am 28. zu eben dieser Zeit zu 37,5° C. bei einem Puls von 108. Vom 29. ab erhält Patientin, da sie bei den bisherigen Dosen nicht mehr ausreichend schläft, des Abends 2,5 mit 0,012 Morphium. Am Nachmittag beim Aufstehen wird ein blassrother, fleckiger Ausschlag im Gesicht, am Rücken und der Brust bei leichtschwitzender Haut bemerkt. Das Gesicht ist etwas gedunsen, die Augenlider zeigen indess kein Oedem und ihre Conjunctivae keine katarrhalische Affection; diese fehlt auch auf den übrigen Schleimhäuten. Die flach über der Oberfläche erhabenen Flecken tragen grösstentheils in ihrer Mitte ein kleines Bläschen, stehen vielfach, wie im Gesicht vereinzelt, seltener zu kleineren Gruppen oder grösseren Flecken, wie auf der Brust zusammengeflossen. Patientin will weder Jucken noch Brennen in der Haut haben, fühlt sich überhaupt nicht unwohl. Psychisch ist sie übrigens ruhiger wie in den letzten Tagen. Temp. des Abends 39,12° C. bei 116 kleinen Pulsen.

Am 2. IX.: Schlaf erfolgte in der vergangenen Nacht erst nach 0,03 Morphium[2]), das Exanthem hat sich bis an die Knie und über die Arme verbreitet. Patientin klagt über Brennen in der Haut, Gesicht ist noch turgescirt und die Haut noch feucht, der Urin ist hell, klar und reichlich. Die Temp. am Abend 38,5° C., Puls 100.

Am 3. IX. nimmt das Exanthem mit Ausschluss des behaarten Kopftheils den ganzen Körper ein. Patientin ist sehr unruhig, läuft viel umher, hat viel Gehörstäuschungen; Temp. am Morgen 37,8° C., am Abend 38,3° C., Puls 96.

Am 4. nimmt die Unruhe noch zu, die Haut ist stark schwitzend,

---

[1]) Diesen unter No. 11 in meiner oben citirten Arbeit aus anderen Gründen bereits angeführten Fall gebe ich hier in Bezug auf das Exanthem ausführlicher und gebe auch den dort versprochenen Ausgang des Falles.

[2]) Was nun bis zum 6. IX. allnächtlich gereicht wird.

Patientin juckt sich viel, das Exanthem beginnt an den zuerst befallenen Theilen abzublassen; Temperatur und Puls wie gestern. Am 6. ist dasselbe überall nicht mehr sichtbar. Die Temperatur ist indessen am Morgen 38,25° C. Puls 130. Da am Abend grosse Unruhe eintritt und Morphium allein wenig Schlaf erzielt, wird zur Nacht vom 6./7. abermals 2,0 Chloral mit 0,01 Morphium gereicht, worauf sehr guter Schlaf erfolgte, so dass mit dieser Medication fortgefahren wird. Am 8. stellt sich Diarrhoe ein; des Abends fallen die Hände wegen ihrer gegen die übrige Körpertemperatur (40,5° C., Puls 108) sehr kühlen Beschaffenheit auf, dasselbe wird auch am 10. bemerkt bei einer Körpertemperatur von 37,7° C. Puls 108 und es erscheinen die Hände und die Vorderarme heute blassroth gefleckt. Die Flecken, wirkliche Maculae sind indess am nächsten Tage wieder verschwunden. Am 12. erscheinen bei sehr geröthetem Gesicht und einer Temperatur von 38,2° C. die Handrücken abermals rothfleckig, blassen indess nach einigen Stunden ab. Zugleich treten an diesem Tage die Menses ein.

15. IX. Die Diarrhoe ist nach Anwendung von Colombo geschwunden. 20. IX. Patientin, welche seit einigen Tagen ganz apathisch geworden ist, zeigt bei einer immer noch erhöhten Temperatur (37,3° C. bis 38,4° C. des Morgens; 38,2 bis 38,8° C. des Abends, Pulse von 100 bis 120 selbst bis 136 weich und oft von unregelmässigem Rhythmus. Letzterer, so wie ein mit etwas blutgemischter Hustenauswurf wird zwar nach einigen Flaschen Digitalis-Infus beseitigt, indess geht der Puls doch nie unter 100 herab und erst nachdem das Chloral seit dem 1. October definitiv ausgesetzt, hält sich derselbe, obwohl noch wochenlang zwischen 92—100. Das psychische Befinden der Patientin blieb noch bis gegen Ende des Jahres völlig apathisch, erfuhr dann aber eine rasche Besserung, so dass Patientin am 23. Januar völlig geheilt entlassen wurde.

Auch diese 6 Fälle von Chloral-Exanthemen führen uns wieder, wie ich bereits in meiner Arbeit „Klinische Beobachtungen über Chloralhydrat“ bemerkt habe, zu der Auffassung, dass bei der Beurtheilung der Ursachen aussergewöhnlicher Chloralwirkungen grade das Nebeneinander-Vorkommen mehrerer derselben auf individuelle Ursachen schliessen lassen. Mit Ausnahme des Falles 3 haben wir in allen diesen 6 Fällen ausser dem Exanthem noch eine oder mehrere auffallende Erscheinungen, welche dem Chloral zugeschrieben werden müssen:

In Fall 1: Rash, phlegmonöse Entzündung [1]),

[1]) *Reimer* in Sachsenberg sah an mehreren Kranken bei Chloralgebrauch Decubitus und Abscedirungen.

in Fall 2: Rash, Unterdrückung der psychischen Thätigkeitsäusserungen,
in Fall 4: Diarrhoen, Marasmus,
in Fall 5: Oedem der Füsse,
in Fall 6: Rash, Diarrhoe, Pulsbeschleunigung, Unterdrückung der psychischen Thätigkeitsäusserungen.

Drei Mal sehen wir unter diesen Erscheinungen Rash; 2 Mal das Exanthem bei Paralyse auftreten. Wir wissen einerseits, dass der Rash der Ausdruck einer Störung der Innervation gewisser Gefässbezirke ist — zum andern, dass gerade Paralytische Störungen dieser Art durch ihre Krankheit ausgesetzt sind. Wir haben es also in 5 Fällen — ausgenommen Fall 4 — mit entweder durch das Auftreten von Rash angezeigter oder aus der Krankheitsform (Paralyse) mit grösster Wahrscheinlichkeit zu vermuthender Disposition der Individuen zu vasomotorischen Störungen zu thun. Und wenn nun bei den einen zuerst Rash, später Exanthem; bei den anderen alsbald Exanthem hervortritt, so kann ich darin nur den Ausdruck einer gradweise verschiedenen Wirkung ein und derselben Schädlichkeit sehen und wir werden die Chloralexantheme aufzufassen haben als eine, bei bestehender Neigung zu vasomotorischen Störungen durch das Chloral gesetzte Haut-, Gefäss-Neurose, welche je nach ihrer Ausbreitung mit Fiebererscheinungen einhergehen kann wie die acuten Exantheme.

Es ist überhaupt auffallend wie mehrere der bis jetzt zur Beobachtung gekommenen Chloral-Exantheme dem Scharlach-Ausschlag gleichen; und ich wüsste wirklich nicht was mich in einer Scharlach-Epidemie abgehalten hätte den Fall 5 für durch Scharlachcontagium hervorgerufenes, wirkliches Scharlach zu erklären, wenn nicht das dreimalige Wiederholen desselben Ausschlags. Und wenn wir uns erinnern, dass auch in Fall 6 bei wieder instituirtem Chloralgebrauch, wenn auch abgeschwächt, abermals fleckige Röthe der Haut auftritt[1]), so

---

[1]) Auch bei dem von *Liebreich* erwähnten Falle wiederholt sich das scharlachartige Exanthem 2 Tage nach dem ersten Ausbruch noch einmal. Desgleichen sah *Jolly* papulöse Exantheme wiederholt bei denselben Pa-

müssen wir wohl annehmen, dass hier andere Schädlichkeiten vorliegen als bei den acuten Exanthemen, deren Contagium wir uns mehr auf direkt chemischem Wege wirkend vorstellen und gegen welches wir nach einmaliger Infection vorläufig wenigstens immun werden. Wir können daher wohl die Ansicht, dass es sich bei der Entstehung des Chloralexanthems handle um eine direkte chemische Einwirkung irgend eines im Körper, durch oder aus dem Chloral gebildeten schädlichen Stoffes, welcher analog den Contagien der acuten Exantheme wirke, zurückweisen, um so mehr als dann Chloralexantheme wohl eine häufigere Erscheinung sein würden.

Was die Resistenz betrifft, mit welcher disponirte Personen den für sie schädlichen Einwirkungen des Chlorals widerstehen, ehe diese als Exantheme zum Vorschein kommen, so ist dieselbe verschieden. Auffallend bleibt es indess immerhin, dass bei dreien von unseren 6 Fällen und zwar bei den nach Ausbreitung und Dauer des Exanthems schwereren Fällen das Exanthem nach Ablauf von 29—30 Tagen eintrat.

Fall 4 erhält am 27. Februar zuerst Chloral, am 28. März tritt das Exanthem ein.

Fall 5 erhält am 21. Juni zuerst Chloral, am 21. Juli tritt das Exanthem ein.

Fall 6 erhält am 1. August zuerst Chloral, am 29. August tritt das Exanthem auf. Auch Fall 4 nähert sich dieser Zeitdauer mit 28 Tagen, während bei Fall 1: 23, und bei Fall 3 nur 10 Tage vergingen bis zum Ausbruch des Exanthems.

Leider liegen mir über die von anderen Autoren beobachteten Chloralexantheme die Angaben über die Zeiten des Ausbruchs nicht vor; denn ob in dem Fall von *Liebreich*, wo das Exanthem am 29. Tage einer Verwundung auftritt, von Anfang an Chloral gereicht war, oder erst mit Eintritt des Tetanus, ist aus der Krankengeschichte nicht mit Sicherheit zu entnehmen. Dagegen sah *Pelman* [1]) bei einem Maniacus nach 30 Tagen des Chloralgebrauchs anhaltend Somnolenz,

---

tienten in den Morgenstunden, nachdem am Abend vorher Chloral gereicht worden war.

[1]) Irrenfreund 1871 No. 2.

Ecchymosirung der Haut und Harnverhaltung, welche Erscheinungen nach Aussetzen des Chlorals verschwanden.

Ob überhaupt eine gewisse Gesetzmässigkeit der Zeitdauer vom erstmaligen Chloralgenuss bis zum Ausbruche eines Exanthems sich wird nachweisen lassen, muss weiteren Beobachtungen vorbehalten bleiben. So viel scheint indess gewiss, dass hier eine cumulative Wirkung des Chlorals vorliegt; denn so viel mir bekannt, ist keines der Exantheme, selbst Rash nie schon nach einmaligem Chloralgebrauch beobachtet worden.

Immer ist ein wiederholter Genuss von Chloral nöthig, ehe es zu einem Exanthem kommt; und es scheint gerade der Ablauf einer gewissen Zeitdauer einflussreicher dabei zu sein als die Grösse der einzelnen Dosen. In Fall 4 sehen wir nämlich viel höhere Dosen genommen, als in dem Falle 5 und 6, während derselben Zeit, das Exanthem aber auch erst nach Ablauf derselben Zeitdauer eintreten. Freilich darf man auch hier die individuellen Verschiedenheiten nie aus dem Auge verlieren. Gewiss scheint ferner, dass die leichteren (rasch vorübergehenden) Exanthem-Formen — Rash, Erythem — im Allgemeinen einer geringeren Zeit (Dosenmenge) bedürfen als die schwereren, papulösen und scarlatinösen Exantheme mit nachfolgender Abschuppung.

In dieser, wenn ich so sagen darf, längeren Dauer des Incubations-Stadiums tritt uns ein auffallender Unterschied von dem im Uebrigen mit dem Chloral-Exantheme so auffallend übereinstimmenden Chinin-Exantheme entgegen, von denen ich im Eingang mehrere näher citirt habe, wo schon nach 1 bis 2maligem Gebrauch kleinster Chiningaben Exantheme hervortraten. Ob hier dieselben Causalmomente, — nur rascher wirkend — wie beim Chloral vorliegen, wage ich nicht zu entscheiden. Eine direkte Einwirkung des Chinin auf das vasomotorische System ist zwar meines Wissens noch nicht constatirt, wird indess, z. B. von *Nothnagel* vermuthet. Ob wir die Purpura, welche wir sowohl bei Chloral als bei Chinin [1]) auftreten sehen, als höchste Potenzirung der Wirkung

---

[1]) Nach Chiningebrauch wird Purpura in der Gas. des Hôpitaux 1867 p. 31 in 4 Fällen bekannt gemacht nach Gaben von 0,1 bis 0,15, alle 6 Stunden.

auf das Gefässsystem, oder wie es *Richardson* in Bezug auf das Chloral will, als eine chemische Wirkung (Blutdissolution in Folge fortgesetzter Entziehung des Alkali des Blutes) anzusehen haben, muss ich dahin gestellt sein lassen. Gewiss ist, dass auch diese Purpura eine üble Prognose hat.

Es sei mir nun noch gestattet ein paar Worte über den Fall 6 zu sagen in Bezug nämlich auf die daselbst beobachtete Pulsbeschleunigung. Wir haben eine erethische Frau von 29 Jahren, welche nach dem Genusse von 2 täglichen Chloraldosen von 2,0 und 1,0 nebst 0,015 Morphium pro die nach 9 Tagen den ersten Rash bekommt, der sich bei fortgesetztem Chloralgebrauch einige Mal wiederholt unter Steigerung des Pulses bis zu 124; nach 25 Tagen wird eine dauernde Frequenz des Pulses (am 19. Tage noch 80) von 100 constatirt — am 29. Tage, nachdem die tägliche Chloraldosis um 1,0 erhöht worden, tritt ein Exanthem mit Fiebererhebung bis zu 39,12 und 116 Pulsen ein. Nach Verschwinden desselben noch 2maliges Auftreten fleckiger Röthe bei Wiederaufnahme des Chlorals und nun fortgesetzte Pulsbeschleunigung von 100 bis 120 selbst 136 bei sehr geringer Spannung und zuweilen unregelmässigem Rhythmus — wochenlang andauernd. Dabei Temperaturen von 37,3 bis 38,4 Morgens, von 38,2 bis 38,8 Abends. Gleichzeitig geht der früher ängstlich erregte Zustand der Patientin in völlige Apathie über — sie liegt theilnahmlos im Bett, beantwortet keine Frage, höchstens sagt sie ganz gedankenlos „ja“ oder „nein“ — isst meist nur gefüttert, verunreinigt sich nicht selten. Eine Organerkrankung ist nirgend zu finden. Selbst als das Chloral bald darauf definitiv abgebrochen wurde, hält sich der Puls noch wochenlang zwischen 92 bis 100 bei fortdauernd apathischem Zustande der Patientin. Erst im December geht der Puls wieder in normale Grenzen, Patientin wird psychisch freier und es folgt nun rasche Besserung und Genesung. Am längsten bestanden Gehörshallucinationen.

Wir haben es hier offenbar mit einer durch den fortgesetzten Gebrauch von Chloral herbeigeführten Veränderung der Herz-Innervation zu thun. Ob diese in einer direkt lähmenden Wirkung auf das Herz wie sie *Radiejewsky* am K

ninchenherzen sah, besteht, oder auf einer Abschwächung der Erregung der Vagi beruht, wie sie *Heidenhain* [1]) angiebt, bei gleichzeitiger Verminderung des Blutdrucks durch Lähmung der vasomotorischen Centren, können natürlich nur weitere physiologische Experimente entscheiden — ebenso als was die gleichzeitige Temperatursteigerung anzusehen ist. Auch hier dürften wir indess wohl berechtigt sein eine cumulative Wirkung des Chlorals anzunehmen, welche ich bei Erwähnung dieser Erscheinung in meiner früheren Arbeit nicht glaubte statuiren zu können.

Klinisch ist der eben erwähnte Fall deshalb so interessant, weil an ihm eine völlige Scala schädlicher Chloralwirkungen zur Erscheinung kommt: Rash, wiederholtes Exanthem, Diarrhoe, Pulsbeschleunigung, Abstumpfung der psychischen Thätigkeitsäusserungen, letzteres Erscheinungen, auf die ich bereits früher aufmerksam gemacht, und deren Richtigkeit ich aus wiederholten Beobachtungen bestätigen kann.

Im Juni 1872.

---

[1]) *R. Heidenhain*: Ueber *Cyon*'s neue Theorie der centralen Innervation der Gefässnerven *Pflüger*'s Archiv Bd. IV. 1871.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

6. Versammlung der Mitglieder des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens in Hannover am 1. Mai 1872.

Es hatten sich zu der Nachmittags 4 Uhr eröffneten Sitzung nachstehende Herren eingefunden:

Dr. *Bartens* aus Hildesheim, Dr. *Gerstenberg* aus Hildesheim, Dr. *Gürtler* aus Hannover, Dr. *Kelp* aus Oldenburg, Dr. *Lorent* aus Bremen, Dr. *Meyer* aus Osnabrück, Dr. *Snell* aus Hildesheim, Dr. *Vorster* aus Lengerich, Dr. *Wahrendorff* aus Ilten, Dr. *Wiebecke* aus Hildesheim.

Zum Vorsitzenden wurde Dr. *Snell*, zum Schriftführer Dr. *Bartens* gewählt.

Dr. *Snell* „über die verschiedenen Formen der Manie".

Ich habe in unserer letzten Versammlung die verschiedenen Formen der Melancholie besprochen, ich will heute versuchen über die verschiedenen Erscheinungsweisen der maniakalischen Erkrankung einige Andeutungen zu geben.

Mit Manie bezeichnen die meisten Irrenärzte diejenige Art der psychischen Alienation, bei welcher das Selbstgefühl gehoben und die Bewegung der Vorstellungen krankhaft beschleunigt ist. Es folgt aus dieser Grunderscheinung ein in weit auseinanderliegenden Kreisen sich bewegender Gedankenumfang, ein leichtes und schnelles Umschlagen der Vorstellungen in Willensimpulse und ein schneller Wechsel der intensiv hervortretenden Gemüthsstimmungen.

Man kann in praktischer Beziehung die nachstehenden Formen der Manie leicht auseinander halten.

1. Die Manie ohne Wahnideen und Hallucinationen.

Man sieht diese Form am häufigsten und reinsten in derjenigen Form circulärer Geistesstörung, in welcher die Melancholie die hervorstechendste Phase der Erkrankung bildet, oder wo die maniakalische Erregung als

reactives Stadium nach einer Melancholie auftritt. Uebrigens kommt sie auch einzelstehend vor. Nicht selten habe ich sie gesehen in der Pubertätsentwicklung oder bei solchen Menschen, wo, bei hereditärer Anlage zu Psychosen, körperliche oder gemüthliche Reizungen das Gleichgewicht der geistigen Functionen gestört hatten. Es sind die Erscheinungen der Erkrankung bekannt genug. Die Kranken werden ruhelos, unruhig strebend, nach Allem greifend, bald zornig aufflammend, bald hingebend schwärmend, durstig nach Thaten und Emotionen, ihre Kraft und ihren Werth überschätzend, vor Allem aber wechselnd in Ansichten, Gefühlen und Bestrebungen. Sie gleichen einigermaassen einem lebhaften Kinde oder einem leicht Berauschten. Da der Inhalt der Vorstellungen nicht alienirt ist, so ist es oft schwer, besonders dem grossen Publikum gegenüber, das Krankhafte solcher Zustände darzustellen. Von entscheidendem Gewichte ist dabei natürlicherweise die Vergleichung mit den früheren normalen oder contrastirenden Zuständen.

2. Manie mit Wahnideen ohne Hallucinationen.

Es gehen hier Wahnideen aus der veränderten Gemüthsstimmung des Kranken hervor. Sie schliessen sich direct der Gemüthsstimmung und den vorhandenen Sympathien und Antipathien an und sind sowohl Ueberschätzungs- als Verfolgungsideen. Die Ueberschätzungsideen sind in der Regel das Primäre und Hervorstechende, umgekehrt wie bei Wahnsinn, wo die Verfolgungsideen fast ausnahmslos das Primäre und Prävalirende sind. Es verlassen diese Wahnideen nur selten den Boden der psychischen Möglichkeit und verneinen nicht die Gesetzmässigkeit der Naturerscheinungen. Es glaubt wohl ein solcher Kranker ein grosser Künstler, ein grosser Politiker, ein einflussreicher Mann im Staate oder in der Gesellschaft zu sein; er urtheilt über Menschen und Dinge in ganz falscher Weise, er beschuldigt harmlose Leute der schnödesten Verbrechen, aber er hält sich fern von übernatürlichen Erklärungsversuchen.

Ein an dieser Krankheitsform leidender junger gebildeter Kaufmann, israelitischer Religion, welcher früher sehr indifferent in religiöser Beziehung war, fasste in seiner krankhaften Exaltation eine schwärmerische Neigung zum Katholicismus, wollte mit Ostentation zur katholischen Kirche übertreten, besuchte Missionen, drängte sich an den österreichischen Gesandten heran, um Oesterreich und der katholischen Religion wichtige Dienste zu leisten. In die Anstalt gebracht, verlor er nach und nach diese Richtung, trieb nun mit excessivem Eifer und wahnhafter Ueberschätzung Musik und Poesie, bis allmählich die Aufregung sich legte und eine klare Anschauung der Verhältnisse Raum gewann.

Ein anderer derartiger Kranker, welcher Forstmann war, glaubte ein neues System der Forstcultur erfunden zu haben und wendete seine forstbotanischen Theorien auch auf den menschlichen Körper an, welchen er

mit einem Baume verglich; die Füsse seien gleichsam die Wurzeln des Baumes, die Haut die Rinde, die Haare aber die Blätter.

Ein dritter derartiger Kranker, welcher Landwirth war, glaubte, dass seine Schafe, welche ganz gesund waren, die Krätze hätten und rieb sie mit scharfen Salben ein.

Eine Dame verfolgte bei wiederholt auftretenden maniakalischen Erkrankungen die abenteuerlichsten Heirathsprojecte mit Wahnideen über ihre eigene Person und über die Person, Ansichten und Handlungen ihrer angeblichen Liebhaber.

Ein an Manie leidender Arzt glaubte, dass ein Apotheker einen Vergiftungsversuch gemacht habe. Bei diesen und vielen ähnlichen Fällen, welche ich beobachtet habe, waren Hallucinationen nicht nachzuweisen.

Die Verfolgungsideen solcher Kranken beziehen sich meistens auf eingebildete Intriguen ihrer Feinde, von welchen sie annehmen, dass sie aus Neid oder Missgunst ihrem Glücke entgegentreten. Ich habe sehr intensive Wahnideen von Mordversuchen und dergleichen gesehen, ohne dass Hallucinationen nachweisbar waren. Es können solche Kranke sehr gefährlich werden und ich habe einen jungen Mann dieser Art gekannt, welcher einen Mord begangen hatte.

3. Manie mit Wahnideen und Hallucinationen.

Es gehört die grössere Zahl der schwereren maniakalischen Erkrankungen hierher. Es charakterisirt sich diese Erkrankungsart bei ihrer Entstehung sofort durch das Auftreten der Personenverwechselung. Die Kranken halten Personen, welche ihnen während ihrer Krankheit zu Gesicht kommen, für solche Personen, welche ihnen früher bekannt waren, während sie solche Persönlichkeiten, die sie in ihrem gesunden Zustande kannten, nicht verwechseln. Es ist die Personenverwechselung, auf welche ich schon vor längerer Zeit in einer besonderen kleinen Arbeit aufmerksam gemacht habe, für die Semiotik der Psychosen ein ungemein feines Unterscheidungsmittel. Es ist dieses Symptom, welches bekanntlich nicht nur in der Manie, sondern auch in anderen Formen der Geistesstörung, wenn auch weniger häufig, vorkommt, bei Remissionen des Krankheitsanfalles und bei der Frage über eingetretene Genesung oft von ganz entscheidender Wichtigkeit und je länger und genauer man diese Krankheitserscheinung beobachtet, um so höher lernt man sie als Diagnosticum schätzen.

In den Fällen, wo die Personenverwechselung das Uebergreifen der maniakalischen Erkrankung auf das Gebiet der Sinnestäuschungen leicht und sicher kennzeichnet, wird man bei näherer Untersuchung meistens auch andere Sinnestäuschungen auffinden. Es kommen dieselben bei diesen Erkrankungen in dem Bereiche aller Sinnesorgane und der sensiblen Nerven vor. Es knüpfen sich daran die mannigfaltigsten Wahnideen, namentlich auch starke Verfolgungsideen, welche diese Kranken oft so bedenklich und gefährlich aufregen. Auch die Angstgefühle, welche besonders in ganz

frischen Manien häufig vorkommen, sind oft von Sinnestäuschungen und Wahnideen wesentlich beeinflusst. Sie haben oft den Charakter des Verfolgungswahns in sehr ausgesprochener Weise und können die Kranken zu den schwersten Gewaltthaten induciren. Eine dauernde und ungetrübt heitere Richtung der maniakalischen Exaltation wird überhaupt nur bei manchen Paralytikern und bei geistigem Verfall beobachtet. Es ist aber allerdings in dieser Beziehung ein grosser Unterschied bei den verschiedenen Maniakalischen bemerkbar, indem manche Kranke sich vorwiegend in heiterer, harmlos spielender Weise darstellen, andere in gewaltiger Leidenschaftlichkeit.

Die Wahnideen der Maniakalischen sind wohl flüchtiger als bei irgend einer anderen Form der Geistesstörung, aber gewisse Grundzüge werden dabei doch oft genug dauernd festgehalten. Um diese Grundform einer Wahnbildung bewegt sich dann zwar das rasch wechselnde Bild der nach allen Seiten hin anklingenden Vorstellungsreihen, aber immer kehren die Vorstellungen nach jenem Ausgangspunkte zurück. Es ist die jetzige Richtung der Psychiatrie, sowie der gesammten Medicin, für die feineren Studien dieser Art wenig ermunternd und sie werden erst dann eine höhere Geltung und Bedeutung gewinnen, wenn eine festere Basis für die Psychologie im Allgemeinen gewonnen sein wird.

4. Manie mit Verwirrtheit.

Ich möchte alle diejenigen maniakalischen Erkrankungen zu dieser Form zählen, bei welchen die Continuität des Selbstbewusstseins so sehr gestört ist, dass von dem Krankheitszustande bei wiedereintretender Ruhe keine oder nur eine schwache Erinnerung zurückbleibt.

Es gehören hierher die meisten maniakalischen Aufregungen der Epileptischen. Es wird jedem Beobachter auffallen, wie sinnlos und mit welcher tiefen Störung des Selbstbewusstseins diese Exaltationen sich darstellen und wie selten sich späterhin diese Kranken der schwersten Excesse erinnern, welche sie in der Aufregung begangen haben.

Sodann gehören hierher manche Exaltationen der Paralytiker.

Einen ähnlichen Charakter zeigen gewisse frische maniakalische Erkrankungen, besonders diejenige Form der Manie, welche man als Delirium acutum zu bezeichnen pflegt. Man fasst bekanntlich mit dieser Bezeichnung diejenigen maniakalischen Erkrankungen zusammen, welche sich durch grosse Verwirrtheit kennzeichnen, sehr schnell zu gefährlicher körperlicher Erschöpfung führen und in verhältnissmässig kurzer Zeit in Genesung übergehen oder, was häufiger der Fall ist, tödtlich werden.

Ich erlaube mir zwei Krankheitsfälle dieser Art, welche in der letzteren Zeit in der Hildesheimer Anstalt zur Behandlung kamen und einen glücklichen Ausgang hatten, nachstehend kurz zu skizziren.

Der erste Fall betraf eine Frau von 31 Jahren, welche vor 7 Jahren, vor ihrer Verheirathung, bereits eine maniakalische Erkrankung von 3 Mo-

naten Dauer überstanden hatte. Im Herbste 1871, 3 Jahre nach ihrer Verheirathung und 8 Wochen nach der Geburt ihres zweiten Kindes, erkrankte sie unter den körperlichen Erscheinungen der Anämie an maniakalischer Erregung, welche von den ersten Tagen an den Charakter gänzlicher Verwirrtheit an sich trug. Sie sang, lachte, weinte, sprach unverständliche Worte, zerriss Alles, was ihr in die Hände kam, schlief gar nicht und liess die Speisen und Getränke, die ihr eingeflösst wurden, wieder aus dem Munde fallen, ohne sie niederzuschlucken. 12 Tage nach ihrer Erkrankung wurde sie in die Anstalt gebracht, wo die eben angegebenen Krankheits-Erscheinungen fortdauerten. Der Puls war sehr schwach (120 bis 140 Schläge in der Minute), das Gesicht war verfallen, der ganze Körper sehr abgemagert. Die Kranke sprach unzusammenhängend, hallucinirend, pflückte mit den Händen an der Bettdecke, war unreinlich und schien ihre Umgebung nicht zu beachten. Die körperliche Schwäche nahm rasch zu und es zeigte sich tiefgehender Decubitus in der Kreuzgegend. Da es jedoch gelang der Kranken zuerst Milch, sodann Bouillon, Eier und Wein einzuflössen, so hoben sich ihre Kräfte allmählich wieder. Nach 3 Wochen trat wieder Besinnlichkeit ein. Nach weiteren 3 Wochen hatten sich die Hallucinationen des Gehörs und die Personenverwechselung verloren und es trat nun schnelle Reconvalescenz ein. Der Decubitus kam zur Heilung und die schnell erstarkende Frau konnte nach weiteren 5 Wochen vollkommen geheilt aus der Anstalt entlassen werden. Die Wiedergenesene hatte keine Erinnerung an die ersten Wochen ihrer Erkrankung und wusste durchaus nicht, dass und wie sie in die Anstalt gekommen war.

Der zweite Fall von Delirium acutum betraf ein Mädchen von 26 Jahren. Sie soll früher immer gesund gewesen sein, bis sie am 21. October 1871 an leichtem Fieber, geringen gastrischen Erscheinungen und Empfindlichkeit in der linken Bauchgegend erkrankte. Diese Symptome sollen plötzlich verschwunden sein, als sich nach 2 Tagen ein Schreikrampf und mit diesem maniakalische Aufregung einstellte. Die Kranke sprach unaufhörlich, reihte sinnlose Bezeichnungen aneinander, wiederholte einzelne Worte sehr oft. Dabei war beschleunigter Puls, beständiges Ausspucken von Speichel, Schlaflosigkeit und gänzliche Nahrungsverweigerung vorhanden. Die Kranke sprach viel von Teufeln, die sie umringten, zerriss Bett und Kleidungsstücke und wurde gegen ihre Umgebung gewaltthätig. Die Kranke wurde am 31. October (8 Tage nach ihrer maniakalischen Erkrankung) der Anstalt übergeben. In den ersten Tagen sprach sie gänzlich verwirrt, sang viel, zerriss ihre Kleider. Der Puls schwankte zwischen 88 und 104. Feste Nahrung nahm die Kranke gar nicht, wohl aber einige Flüssigkeit. Nach 7 Tagen trat etwas mehr Besinnlichkeit ein. Die Kranke sprach von Schlangen, die in ihrem Bette seien; in ihrem Tuche sässen Spinnen oder auch Teufel. Durch ihre Schuld seien viele Menschen gestorben. Sie habe sich die Augen ausgekratzt, jetzt seien dieselben aber

wieder gewachsen. Aus ihren Gliedern seien Ketten gemacht. Sie habe 1000 Stimmen gehört u. s. w.

Am 17. November (den 18. Tag der Erkrankung) zeigte sich am linken Thorax gedämpfter Percussionston und bronchiale Respiration (Pneumonie) und mit dem Eintritt dieser Lungenerkrankung trat fast plötzlich geistige Klarheit ein. Die Hepatisation der linken Lunge löste sich nur sehr langsam wieder auf, die Wiedergenesene konnte aber am 14. December, geistig vollkommen klar, aber körperlich noch schwach, ihrer Familie zurückgegeben werden. Auch diese Kranke hatte von der ersten Zeit ihrer Erkrankung keine Erinnerung und wusste nicht wie sie in die Anstalt gekommen war.

In eine dieser 4 genannten Gruppen lassen sich alle maniakalischen Erkrankungen ohne grosse Schwierigkeit einreihen. Es giebt allerdings an der Grenze stehende und Uebergangsformen wie bei allen Krankheiten, es kann dieses aber im Grossen und Ganzen den Unterscheidungscharakter nicht verwischen. Dem Einwurfe, dass das aufgestellte Unterscheidungsprincip nur oberflächlich sei und den tieferen Krankheitscharakter wenig berühre, möchte ich entgegenhalten, dass man sich bei näherer Betrachtung der angeführten Formen der Manie überzeugen wird, dass wesentliche Verschiedenheiten der genannten Erkrankungsformen in der That vorliegen und es ist mir wahrscheinlich, dass bei späteren tiefer gehenden und rationelleren Unterscheidungsprincipien die genannten Charaktere sich immer als schwer in's Gewicht fallend beweisen werden.

Bei der sich an diesen Vortrag knüpfenden Discussion stellte Dr. *Vorster* die Ansicht auf, dass ihm die Eintheilung nach den Ursachen bei der Manie besonders angemessen erscheinen müsse, wonach die Manie etwa in eine Puerperalmanie, Manie aus Anämie, Mania potatorum u. s. w. zerfallen würde.

Nachdem einige Bemerkungen hierüber ausgetauscht worden, erzählte Dr. *Meyer* aus Osnabrück einen Fall von Manie ohne Wahnideen und Hallucinationen, welcher unlängst zu gerichtlicher Verhandlung gekommen und er als Sachverständiger hinzugezogen worden sei. Es sei dabei sehr schwierig gewesen den Gerichtshof von dem Vorhandensein einer geistigen Störung zu überzeugen, welche ohne Wahnideen zur Erscheinung kam. Es sei ihm diese Beweisführung namentlich durch das Heranziehen analoger Fälle aus seiner früheren Erfahrung gelungen.

Hierauf führt Dr. *Kelp* einen Fall von Sclerose des Gehirns vor und einen zweiten von Asthma und Psychose.

Der Kranke, ein Segelmacher, war bereits im Jahre 1869 wegen melancholischen Leidens in der Anstalt, dann entlassen, und etwa 3 Monat später bei eingetretenem Rückfall wieder aufgenommen. Sein Zustand war jetzt wesentlich geändert. Anstatt der Gemüthsdepression zeigte sich ein hoher Grad von Erregtheit und Euphorie; er sang laut, tobte umher, ver-

nachlässigte die Reinlichkeit, molestirte seine Umgebungen, so dass er isolirt werden musste. Plötzlich trat ein epileptiformer Anfall ein, Patient bekam klonische Krämpfe, besonders auf der rechten Körperseite. Der Anfall dauerte einige Minuten, wiederholte sich 8 Mal am Tage. Er war unbesinnlich und blieb es bis zur folgenden Nacht. Der rechte Arm war jedoch paretisch, Gang sehr unbeholfen, Uvula stand nach links, rechte Pupille etwas weiter, Puls voll, langsam 74 Schläge. Die Insulte wiederholten sich 4 Wochen hindurch fast täglich mehrere Mal, cessirten dann gänzlich wieder, bis auf unbedeutende Zuckungen, denen aber grössere Unbesinnlichkeit folgte. Zugleich zeigte sich grosse Indolenz und Apathie. Der Kranke stand den Leuten im Wege, wich ihnen kaum aus, die Gesichtszüge bekamen ein verstörtes Aussehen. Puls 64 Schläge. Temperatur nicht erhöht. Die Reizbarkeit der Muskeln gegen den Inductionsstrom nicht vermindert, indem sich kräftige Contractionen auslösten.

Nachdem dieser Zustand mehrere Monate gedauert, trat unerwartet ein neuer epileptiformer Anfall ein mit den heftigsten klonischen Convulsionen, welche bald mehr die rechte, bald mehr die linke Seite ergriffen. Es stellte sich Erbrechen ein und völlige Bewusstlosigkeit. Dann folgte wieder eine von Anfällen freie Zeit von 2 Monaten, bis dieselben Erscheinungen mit grosser Heftigkeit wieder eintraten. Die Convulsionen dauerten mit Unterbrechungen 10 Tage hindurch. Während dieser Zeit lag Patient fast unausgesetzt in einem soporösen apathischen Zustande, war sehr unruhig, machte viele automatische Bewegungen mit den Extremitäten, so dass er im Bett festgemacht werden musste, um das Herausfallen zu verhüten. Er konnte nur wenig flüssige Speisen geniessen und auch dies gelang oft nicht, indem zu Zeiten die Masseteren sich so stark contrahirt zeigten, dass der Mund nicht geöffnet werden konnte. Linke Pupille weiter wie die rechte. Oft starke Transpiration, Excremente wurden in's Bett gelassen. Es zeigte sich Decubitus und alles deutete auf einen nahen Exitus lethalis. Dieser trat aber nicht ein. Der Kranke wurde wieder besinnlicher, konnte einigermaassen wieder stehen und gehen, auch besser schlucken. Jedoch machte der psychische und körperliche Verfall grössere Fortschritte. Er schien selten mehr seine Umgebungen zu kennen; seine Sprache war gänzlich unverständlich und lallend. Die Stimmungen wechselten sehr — bald weinte, bald lachte er. Eigentliche Convulsionen traten nicht mehr auf, die Lähmungserscheinungen waren veränderlich, erstreckten sich nicht auf grössere Muskelparthien, und waren nur von kurzer Dauer; am häufigsten wurde eine Lähmung der Schlundmuskeln beobachtet, so dass das Schlucken zeitweise sehr erschwert wurde. Die Arme waren oft stark contrahirt und unbiegsam; Sensibilität nicht geschwächt, electromuskuläre Erregbarkeit erhalten. Das Zittern der oberen Extremitäten, welches auch schon früher beobachtet war, bestand fort, trat aber nur dann, vorzüglich in der rechten Hand hervor, wenn sie der Stütze entbehrte und gehalten wurde. Der Kopf hing stets herab, und liess sich nur mit Mühe nach hinten beugen,

da die Contracturen eine tetanische Starre besassen. Die Gesichtsmuskeln zeigten fast immer ein convulsivisches Zucken. Dies Krankheitsbild blieb fast 6 Monate unverändert dasselbe, bis die zunehmende Abmagerung und ein verbreiteter Decubitus dem elenden Dasein ein Ende machte.

Leichenbefund.

Schädelhöhle. Im Arachnoidealsack eine bedeutende Menge blutig seröser Flüssigkeit. Pia mater milchig getrübt, adhärirt an einigen Stellen des Hirns.

Das ganze Gehirn sah blutarm und trocken aus, lässt sich schwer schneiden. Corticalsubstanz überall verschmälert, nicht deutlich von der Marksubstanz unterschieden, beide Seitenventrikel und dritter Ventrikel fast um das Doppelte erweitert und mit hellbraunem Serum gefüllt. Im rechten Schläfenlappen, nahe unter der Subst. cortic. befindet sich eine blassroth gefärbte Stelle von der Grösse einer Mandel. Beide sehr derben Gefüges, schwer zu durchschneiden. Gewicht des Gehirns 1150,0 Gramm.

Rückenmarkhöhle.

Im oberen Theil des Marks sind weisse und graue Substanz zu unterscheiden, im unteren weniger. In den mittleren Parthien ist das Mark erweicht.

Die übrigen Körperhöhlen boten nichts Bemerkenswerthes dar.

Mikroskopische Untersuchung. Die ganze Subst. corticalis ist von einem dichten Gefässnetz durchzogen. In den Gefässwandungen starke Kernwucherungen. Die Grundsubstanz ist durchaus homogen, Fibrillenzüge lassen sich nicht darin erkennen. Eingelagert in die Grundsubstanz sind überall zahlreiche Körnchenzellen, welche in Gruppen beisammenliegen. Die Ganglienzellen sind von ihrer Umgebung nicht scharf abgegrenzt und undeutlich zu erkennen. In vielen fehlt der Kern und ihr Inhalt besteht aus einer gleichmässig trüben Masse.

Marksubstanz. Die Marksubstanz im hohen Grade bindegewebig entartet; an vielen Stellen die Nervensubstanz völlig geschwunden, an ihre Stelle ist eine Grundsubstanz von theils leichtstreifigem, theils homogenem Ansehen getreten, in welche zahlreich runde Zellen eingelagert sind. Der Uebergang der normalen Nervensubstanz in die degenerirte ist nirgends scharf begrenzt. Es fehlen eigentliche Heerde der Entartung. Die Entartung ist eine mehr diffuse. — In der Brust- und Bauchhöhle zeigten sich keine nennenswerthen Abnormitäten. —

Obwohl der Sectionsbefund nicht ganz übereinstimmt mit dem von anderen Beobachtern Gefundenen, so ist doch nicht daran zu zweifeln, dass hier eine Hirnsclerose vorliegt, wie sie auch im Leben erkannt wurde. Es fehlen die inselförmigen schwieligen hornartigen Verhärtungen der Hirnsubstanz und der Medulla oblongata. Dagegen zeigte sich nur eine ausgesprochene Atrophie des Hirns, und auffallende Derbheit desselben, so dass die Durchschneidung schwierig war. Der Symptomencomplex war aber so charakteristisch, wie er nur bei ausgebildeter Hirnsclerose be-

obachtet ist. Die Schwäche in den unteren Extremitäten, der unsichere Gang und Schwindel, das Zittern der Glieder, wenn der Kranke eine Bewegung intendirt, oder die Hand der Stütze entbehrt, die ziemlich intacte Sensibilität, die eigenthümliche Beeinträchtigung der Sprache, das stossweise Explodiren der Laute, das charakteristische Herabhängen des Kopfs, sowie auch die Behinderung des Schluckens, bilden zusammen das treueste klinische Bild dieses seltenen, aber in neuerer Zeit häufiger beobachteten Hirnleidens. Ganz scharf abgegrenzt von Paralysis agitans und der Bulbarparalyse ist dieser Fall nicht, da einestheils der Tremor der Extremitäten nicht allein bei willkührlichen Bewegungen eintrat, sondern wie bei Paralysis agitans auch ohne diese (*Charcot*), anderentheils die Glossopharyngolabial-Lähmung. Schon *Schüle* hat hervorgehoben, wie sehr sich das klinische Bild der Pons- und Medulla-Sclerose der Paralysis agitans annähert. Einen ähnlichen Leichenbefund, wie wir ihn fanden, hat *Leidesdorf* bei der Hirnsclerose beobachtet; indem auch hier die inselförmigen Plaques fehlten und nur eine atrophische Substanzverdichtung gefunden wurde.

Ganz abweichend aber von dem bisher angenommenen Symptomencomplex sind in unserem Fall die epileptiformen Anfälle, die bisher bei Sclerose nicht gesehen wurden und vor Allem an Dementia paralytica denken lassen. Diese ist aber bei dem Mangel aller Grössenwahnideen und der übrigen, jener durchaus nicht eigenthümlicher Symptome, dem Tremor artuum, der Pharynxlähmung u. s. w. nicht anzunehmen. Man darf allerdings nicht ausser Acht lassen, dass die exacte Diagnose der Hirnerkrankungen, bei dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse noch mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, und dass sich die einzelnen Formen derselben nicht so scharf abgrenzen lassen, wie die Wissenschaft sie hinstellt. Uebergänge finden bei ihnen eben so sehr und noch häufiger statt, als bei Erkrankungen minder zusammengesetzter Organe, wie der Brust und Bauchhöhle, deren Functionen nicht in das Dunkel gehüllt sind, welches die Organe des Hirns umgiebt.

Dr. *Kelp*, Asthma und Psychose.

Der folgende Fall ist ausgezeichnet durch das auffallende antagonistische Verhältniss, in welchem das Asthma zu der Psychose stand, und dürfte einen Beitrag zur Aufklärung der Vorgänge bilden, welche der Entwicklung der Psychosen vorangehen, und mit derselben im Zusammenhang stehen.

A. B. aus O., 28 Jahre alt, ledig, wurde am 24. Januar 1871 in die Anstalt aufgenommen. Er ist der Sohn eines wohlhabenden Kaufmanns. In der Familie sind Fälle von Geistesstörung vorgekommen, und zwar bei den Seitenverwandten väterlicher und mütterlicher Seite. Er wird als sehr gut begabter, wohl unterrichteter, liebenswürdiger, junger Mann geschildert, frei von allen Excentricitäten. Er besuchte in Süddeutschland ein Polytechnicum, und machte dort im Jahre 1864 eine Brustkrankheit durch,

welcher Art ist unbekannt, und kehrte dann in seine Heimath zurück. Er litt an bald acut, bald chronisch verlaufenden Anfällen heftiger Dyspnoe, die sich manchmal zur lebensgefährlichen Höhe gesteigert haben sollen. Die gegen diese Beschwerden angewandten Curen, Hautreize, hydrotherapeutische Einwickelungen, comprimirte Luft u. s. w. waren von keinem Erfolge, nur subcutane Morphiuminjectionen coupirten sicher, wenn auch nur auf kurze Zeit die Dyspnoe. Der Kranke injicirte sich selbst, und rühmte stets die treffliche Wirkung des Morphium (0,03—06). Wegen seines Leidens zog er sich fast ganz aus der Gesellschaft zurück, und verfiel in melancholische Stimmung. Von den Morphiuminjectionen machte er den ausgedehntesten Gebrauch — 0,06 und mehr pro die — und konnte durch alle Ueberredung nicht davon abgebracht werden, weil er sonst an allerlei perversen Empfindungen (Absterben der Hände und Füsse u. dergl.) litt, und durchaus nicht schlafen konnte. Zu Zeiten hatte er damals schon Gehörstäuschungen (1869). Er hörte aus unbedeutenden Geräuschen allerlei Schlimmes und Bedrohliches heraus, wie einbrechende Diebe, persönliche Gefahr u. s. w.

Im Jahre 1870 nahm er neben den unverminderten Morphiuminjectionen auch noch Chloral täglich 1,0—3,0 und zuweilen noch mehr. Bei wiederholten Versuchen ihm das Mittel zu entziehen, tobte er wie wahnsinnig, und wusste dadurch bald die Wiederdarreichung zu erzwingen. Dieser colossale Missbrauch beider Mittel dauerte fast ein Jahr. Die asthmatischen Beschwerden verloren sich dabei zuletzt vollständig, dagegen traten Symptome von Ueberreizung der Sinnesorgane und geschwächter Willens- und Verstandeskraft immer deutlicher hervor. Es bildete sich förmliche Tobsucht aus, welche die Entfernung aus dem elterlichen Hause nothwendig machte.

Bei der Aufnahme des Kranken in die Anstalt stellte sich folgender Zustand heraus: er ist von grosser hagerer Statur. Muskulatur sehr dürftig, Hautfarbe blass. Gesicht oval, eingefallen. Stirn frei und ziemlich hoch. Nase und Kinn proportionirt. Ohrläppchen nicht durch einen Einschnitt von der Wange abgegrenzt. Die Spitze der Squama ossis occipitis prominirt in der Weise, dass zwischen Squama und den beiden Scheitelbeinen eine Grube entsteht. Haare und Bart hellblond und voll, Iris graublau, lebhafte Pupillenreaction, die rechte Pupille ist etwas weiter, wie die linke. Thorax schmal und difform, die rechte Seite ist stärker vorgewölbt als die linke. An der rechten Lungenspitze eine schwache Dämpfung, auf der linken Seite überall sonorer Schall. Respirationsgeräusch rechts schwächer, als links, jedoch kein Bronchialathmen. Herztöne rein.

Gerader Schädeldurchmesser 19,0 Ctm.
Querer Schädeldurchmesser 15,0 Ctm.
Langer Schädeldurchmesser 24,0 Ctm.
Schädelperipherie 57,0 Ctm.
Körpergrösse 5 Fuss $8^1/_2$ Zoll.

Das Körpergewicht betrug bei der Aufnahme 87 Pfd., stieg ferner auf 114½ Pfd. und fiel dann wieder auf 109 Pfd.

Der Kranke war bei der Aufnahme anfangs etwas aufgeregt, verfiel dann aber in Stupor, aus dem er nur durch energisches Zureden aufgerüttelt werden konnte, er sprach dann verworren. Er hatte Täuschungen fast aller Sinne, glaubte man bespritze ihn mit Quecksilber. Körperlich war er sehr heruntergekommen, das Gesicht eingefallen, Hautfarbe erdfahl, Puls 52. Dies war das erste Bild, was der Kranke darbot. Am folgenden Tage trat grössere Aufregung ein, die in Tobsucht überging, und die Isolirung des Kranken erforderte. Seine Gemüthsstimmung war eine deprimirte, Angstgefühle beherrschten ihn, und brachten ihn in Verzweiflung, es gesellte sich Vergiftungswahn hinzu. Zahlreiche Sinnestäuschungen traten auf, der Kranke sah rothe und gelbe Lichter, hörte, wie ihm allerlei zugesummt wurde, und klagte über Kribbeln in den Fingern. Gewöhnlich lag er ganz still auf dem Bette, mitunter sah er mit weit geöffneten Augen und ängstlichem Gesichtsausdruck auf die Wand, und machte mit den Händen Bewegungen, als ob er irgend etwas Schreckliches abwenden wollte. Dann wurde er wieder unruhig, und schrie laut auf. Zuweilen beschmutzte er das Bett mit seinen Excrementen.

In der Voraussetzung, dass die Geistesstörung durch Missbrauch von Morphium mit veranlasst sei, gab man dem Kranken Kali bromat. in Dosen von 4,0—2 Monate hindurch, aber ohne Erfolg. Zur Besserung des somatischen Zustandes wurden nährende Mittel, Bouillon mit Fleischextract und Rothwein gereicht, die bald eine bedeutende Hebung des Kräftezustandes, besseres Aussehen des Kranken herbeiführten.

Der psychische Zustand änderte sich jedoch nicht, wenn auch grössere Ruhe eintrat und den Kranken in der Abtheilung der Ruhigen weilen liess, es mehrten sich beim Fortbestehen der Sinnestäuschungen die Wahnideen; er behauptete, seine Kammer sei ein Marterzimmer; es werde ihm allerlei angespritzt, und durch electrische und magnetische Apparate auf ihn eingewirkt. Er sah durch Spiegelvorrichtungen in entfernten Orten Ereignisse und Personen durch Reflex sich darstellen; behauptete, es seien überall in der Umgebung der Anstalt unterirdische Gänge, in denen stets Menschen umgebracht würden, und sah dies durch den Fussboden hindurch. Die unbedeutendsten Vorgänge bezog er stets auf sich, behauptete, er stehe mit den verschiedensten Personen in Rapport, brauche sich nur die betreffenden. Personen vorzustellen und er könne alle Gedanken derselben entdecken. Merkwürdig war auch die Verwechselung von Zeit und Oertlichkeit und von Personen, die er täglich sah — er glaubte nicht, dass wir das Jahr 1871 schrieben, wenn man ihm auch die Tageszeitung gab, die er für verfälscht hielt; den Oberaufseher, der ihn von seinem Wohnort abgeholt, wollte er nicht wieder erkennen; der Herr, der mit ihm damals im Wagen gesessen, müsste ein Doppelgänger gewesen sein. Auch die übrigen Personen der Anstalt hatten ihre Doppelgänger. Er sah zu gleicher Zeit die

Personen, welche ihn bei der ärztlichen Visite besuchten, in ihrem Zimmer sitzen, ja er sah sich selbst als Doppelgänger in einem anderen Zimmer; erkennt die Personen, welche ihm auf dem Spaziergange begegneten, nie wieder, wenn sie ihn in der Anstalt besuchten. Die Anstalt hielt er nicht für die, in welche er zuerst gekommen sei; wahrscheinlich sei er in eine andere gebracht, als er in einem bewusstlosen Zustande gewesen.

Er war selten von seinen Wahnideen abzulenken, oder doch nur auf kurze Zeit — die Gemüthsstimmung war stets eine trübe und gedrückte, er verzweifelte gänzlich und meinte, es sei alles darauf abgesehen, ihn in's Unglück zu stürzen.

Die Erscheinungen dieses melancholisch-hallucinatorischen Wahnsinns dauerten etwa 7 Monate an und liessen den Uebergang in eine secundäre Seelenstörung befürchten, so dass eine zweifelhafte Prognose zu stellen war.

Unerwartet trat eine Aenderung ein. Die früheren asthmatischen Beschwerden zeigten sich wieder. Der Kranke bekam sehr starke Dyspnoe, die sich bei Bewegungen verschlimmerte. Auf der Brust waren laute Rhonchi zu vernehmen, Rasselgeräusche fehlten, Husten und Auswurf waren gering, nur stärker, wenn das Asthma nachliess. Die Stimmung des Kranken während dieser Athemnoth war immer verzweiflungsvoll, er verlangte stürmisch nach Morphiuminjection und wurde aufgeregt, wenn man sie verweigerte und drohte sogar sich das Leben zu nehmen; sie führten stets, wenn auch nur zeitweise, Erleichterung herbei. Sowie das Asthma an Intensität gewann, fing der psychische Zustand an sich allmählich zu bessern. Man konnte den Kranken von seinen Wahnideen abziehen, er nahm an der Unterhaltung Antheil und liess jene nicht hervortreten, wenn man ihm nicht selbst Anlass dazu gab. Nach etwa 3 Monaten schwanden die Hallucinationen und Wahnideen gänzlich. Der Kranke erkennt sie klar als solche an, und freute sich endlich von dem qualvollen Zustande erlöst zu sein. Dagegen gewannen die asthmatischen Anfälle ihre frühere Stärke wieder, so dass nur einzelne ruhige und gute Perioden eintraten, in denen der Kranke umhergehen und sich im Freien erholen konnte. Es trat völlige Genesung ein und wurde der Kranke wegen seines sehnlichen Wunsches zu seinen Eltern zurückzukehren, nach 11monatlicher Behandlung entlassen.

Epikrise.

Ueberblickt man den ganzen Verlauf und den Entwicklungsgang der Psychose, so tritt in auffallender Weise das vicariirende Verhältniss zwischen Psychose und Asthma hervor, in dem erstere sich alsbald ausbildete, als das Asthma zurücktrat; hingegen die Psychose zu weichen anfing, ja ganz verschwand, als das Asthma sich mehr und mehr mit der früheren Intensität entwickelte. Nach der stetoscopischen Untersuchung und dem ganzen Symptomencomplex ist es als Asthma nervosum zu bezeichnen und die Transformation desselben in eine psychische Störung eine sehr inter-

essante Erscheinung, die bisher in der hier gezeichneten Weise noch nicht beobachtet zu sein scheint. Man darf mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass, so lange das Asthma besteht, ein Rückfall der Psychose nicht zu befürchten ist.

Sehen wir uns in der Pathologie der Geistesstörungen nach analogen Fällen um, so lassen sich diejenigen herbeiziehen, in denen nach Reizungszuständen sensibler Nerven, z. B. bei Neuralgien des Nervus frontalis occipitalis u. s. w. sich Psychosen entwickeln, entweder während ihrer Dauer, oder nachdem sie gänzlich aufgehört hatten. So erwähnt *Griesinger* — Rede bei Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin — dass nach Aufhören einer linkseitigen Neuralgie des Nerv. quintus zuerst ein Wohlbefinden eintrat, dann sich Angstempfindungen einstellten, die mit sonderbaren Wahnvorstellungen von Mangel an Raum, als wenn Alles sich um den Kranken zusammenzöge, die Wände zusammenrückten, die Decke sich senkte, verbanden. Kreisweise breiteten sich um diese ersten Vorstellungen nach allen Richtungen Maasse neuer Vorstellungen aus, unendlich viele Nebenvorstellungen wurden mit ungeheurer Schnelligkeit herangezogen. Der Kranke ist genöthigt mit imaginären Wesen über diese Vorstellungen zu disputiren, die Bilder bekannter befreundeter Personen erscheinen, aber ganz verzerrt mit dem gehässigsten Gesichtsausdruck u. dgl. Die psychische Störung erscheint hier als eine Art Transformation des neuralgischen Anfalls, der selbst schon vorüber ist, ganz in der Weise, wie wir öfter einen Anfall psychischer Störung nach Beendigung des epileptischen Anfalls kommen sehen. Oder es entsteht, wenn die Aura epileptica nicht explodirt, keinen epileptischen Anfall zur Folge hat, eine heftige Tobsucht unter der Maske des nicht erkannten Leidens, Epileps. larvata.

Wir finden auch in unserem Fall nach Aufhören des Asthma nervosum eine Ueberreizung der Sinnesnerven, ähnliche ängstliche Vorstellungen und Gesichtstäuschungen, wie in dem von *Griesinger* erwähnten Fall der Neuralgie des Nerv. quintus, als sie aufgehört hatte. Es werden bei dieser Transformation die Reizzustände der sensiblen Nerven auf gewisse Hirnparthien fortgepflanzt, es werden, wie *Griesinger* sich ausdrückt, Mitvorstellungen hervorgerufen, die ihrem Inhalte nach nicht im geringsten Zusammenhang mit dem Schmerz stehen, sondern sich auf einem ganz entfernten Vorstellungsgebiet bewegen. Das Asthma nervosum ist eine Neurose des Nerv. vagus. Die sensiblen Nerven, welche in demselben liegen und den Rhythmus der Athembewegungen bestimmen, laufen zum verlängerten Mark, in dem auch die motorischen Nerven entspringen, die sich zu den Athemmuskeln begeben. Die Reizungszustände dieser Nervenäste, wie sie im hochgradigen Asthma nervosum erscheinen, können aber nach Analogie der erwähnten Fälle auf das Hirn übertragen werden und den ganzen Symptomencomplex der geschilderten Psychose hervorrufen.

An den letzteren Vortrag knüpfte sich eine Discussion.

Dr. *Lorent* trägt folgenden ähnlichen Fall vor. Ein Mann hatte längere Zeit an Asthma mit Husten gelitten und erkrankte an Melancholie, während seine Brustbeschwerden verschwanden. Er war sehr gedrückt, vernachlässigte sein Geschäft und wurde schliesslich ganz apathisch. Der Zustand besserte sich indessen langsam und nach 9 Monaten trat Genesung ein, während Husten und Asthma in der früheren Weise erschienen. Ein Jahr später, im letzten Herbste, verschwanden die Brustbeschwerden abermals und wieder trat Melancholie ein, welche noch andauert.

Dr. *Vorster* erzählt einen entgegengesetzten Fall. Ein Mann, welcher an Emphysem und Herzfehler litt, erkrankte an schwerer Melancholie mit Selbstmordgedanken. Als durch Ruhe und geeignete Behandlung die Brustbeschwerden zurücktraten, verschwand auch die Melancholie. Nach 1½ Jahren erkrankte der Genannte abermals an Melancholie, nachdem seine Brustbeschwerden sich wieder verschlimmert hatten.

Dr. *Meyer* bemerkt, dass Asthma und ähnliche Krankheiten ohne Zweifel oft dadurch zu Geistesstörungen führten, weil nicht selten hierbei ein unverantwortlicher Missbrauch mit Narcoticis getrieben werde.

Die Discussion wendet sich, hierdurch angeregt, zu dem Gebrauch der Narcotica bei Geistesstörungen.

Dr. *Vorster* verwirft den Gebrauch der Narcotica im Allgemeinen, sowohl bei Manie als bei Melancholie, empfiehlt aber das Chloralhydrat bei der Manie der Potatoren.

Dr. *Gürtler* trägt die Krankheitsgeschichte einer Frau vor, welche während des Geburtsactes an Manie erkrankte. Die Kranke nahm das Chloralhydrat in steigender Gabe bis zu 10 Gramm täglich. Am 5. Tag der Krankheit trat ein langdauernder Schlaf ein und hiermit vollständige Genesung. Die Wiedergenesene hatte keine Erinnerung an ihre Krankheit.

Dr. *Meyer* warnt vor dem Genusse der Spirituosen während des Gebrauches des Chloralhydrats, indem die Wirkungen des Chloralhydrates hierdurch bedeutend gesteigert würden.

Der Vorsitzende regte schliesslich noch eine Besprechung der Pocken-Epidemie an, welche sich im letztverflossenen Jahre auch in den Irrenanstalten vielfach gezeigt hat. In der Hildesheimer Anstalt erkrankten 28 Geisteskranke an Pocken, von welchen 4 starben. Ein Fall der hämorrhagischen Form war darunter, welcher schon am 3. Tag tödtlich endigte. In keinem Falle zeigten die Pocken einen dauernden Einfluss auf die Geistesstörung, einige Kranke aber brachten die Blatternerkrankung mit Verfolgungsideen in Verbindung. Die Revaccination wurde in der ganzen Anstalt durchgeführt und trug wesentlich zur Beschränkung der Epidemie bei. —

Dr. *Meyer* berichtet über die Pockenepidemie in der Irrenanstalt in Osnabrück. Es kamen daselbst an 50 Blattern-Erkrankungen und 6 Todesfälle vor. Auch hier zeigte sich die Revaccination von dem vortheilhaftesten Einfluss.

Dr. *Vorster* berichtet, dass in der Anstalt zu Lengerich 8 Blatternerkrankungen mit einem Todesfall vorgekommen seien.

Dr. *Lorent* referirt, dass auch in der Irrenanstalt zu Bremen mehrere Pockenerkrankungen vorgekommen seien, konnte aber das Genauere darüber nicht angeben.

Die Sitzung wurde hierauf geschlossen.

Nächste Versammlung am 1. Mai 1873 in Hannover Nachmittags 4 Uhr in Bornemann's Hôtel.

Dr. *Snell.*

---

13. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereines zu Berlin am 15. März 1872.

Anwesend waren die Herren *Boettger*, *Edel*, *Fraenkel*, *Guttstadt*, *Ideler*, *Kahlbaum*, *Köppe*, *Laehr*, *Reimer* und *Schroeter*.

Der Vorsitzende eröffnete die Sitzung mit der Mittheilung der Seitens der Vereinsmitglieder eingegangenen Briefe, gab eine Uebersicht über die psychiatrische Literatur des verflossenen Vierteljahres und erstattete Anzeige von dem frühen Tode des Professors *Krüger* aus Braunschweig, der noch kurz vor seinem Tode sein lebhaftes Interesse an der Entwickelung der Psychiatrie durch die Herausgabe der Statistik der Irren Braunschweigs documentirt hatte. Die Anwesenden ehrten das Andenken ihres verstorbenen Mitgliedes durch Erheben von den Sitzen.

Herr *Kahlbaum* machte hierauf specielle Mittheilungen über die klinische Krankheitsform „Spannungsirresein oder Katatonie[1]).

In der an diesen Vortrag sich knüpfenden Discussion erklärte sich Herr *Reimer* gegen die Aufstellung einer neuen Krankheitsform, welche im Wesentlichen nichts Anderes als das Bild der Melancholia attonita darstelle. Herr *Kahlbaum* führte dagegen aus, dass die muskulären Symptome, welche die Katatonie auszeichneten, im Verein mit der eigenthümlichen Redeform der Katatoniker und der prognostischen Bedeutung dieser Krankheitsform es rechtfertigten derselben eine besondere Bezeichnung zu geben. Er wies namentlich darauf hin, dass die klinischen Züge der Katatonie sich ganz genau an jenen epidemisch und endemisch auftretenden Formen von Irresein mit Vorwiegen muskulärer Symptome nachweisen liessen, welche bei den Convulsionairs und in der Schwedischen Predigerkrankheit beobachtet wurden. Herr *Fraenkel* bemerkte, dass bei dem Pellagra eine ähnliche Vociferation wie bei dem Spannungsirresein vorkomme.

Hierauf theilte Herr *Ideler* nachstehenden in der städtischen Irrenverpflegungsanstalt beobachteten Fall mit, welcher zu der seit *Griesi*-

---

[1]) Wird später ausführlicher veröffentlicht werden.

Vorgang besonders in's Auge gefassten Gruppe der epileptoiden Zustände gehört und deshalb von Interesse erscheint, weil er zu verschiedenen Auffassungen des Gemüthszustandes der betreffenden Patientin Veranlassung gab. —

Ideler, Fall von Epileptoid.

Die verehel. Maschinenmeister Richter, Caroline geb. Richter, 29 Jahre alt, ist nach Ausweis ihrer Gerichts-Acten wiederholt wegen Betruges, Unterschlagung und Diebstahls mit Freiheitsstrafen belegt worden. Während ihrer Haft wurde ein Zweifel an ihrer Zurechnungsfähigkeit nicht laut. Im December 1869 kam sie wegen Blutbrechens aus der Stadtvogtei, wo sie sich in der Untersuchungshaft befand, zur Charité, musste indessen schon nach einigen Tagen, da sie Selbstmordversuche unternahm und sich auch sonst geistig alienirt erwies, von der inneren Abtheilung zur Irrenstation versetzt werden. Hier wurden bei ihr wiederholt Anfälle beobachtet, die bald bloss einen ohnmachtsähnlichen Charakter an sich trugen, bald sich als deutlichere Krampfzustände darstellten, indem sie plötzlich bewusstlos umfiel und die Augen verdrehte; hinterher fand sich oft heftiger Kopfschmerz, Uebelkeit und Erbrechen ein, ausserdem aber ein Zustand grosser Erregtheit, der sich nicht selten bis zu völliger tobsüchtiger Verwirrtheit steigerte. Zu solchen Zeiten machte sie hartnäckig Selbstmordversuche, versuchte sich wiederholt die Adern zu öffnen, sich aufzuhängen und verschluckte selbst einmal Stücke Glas, die sie heimlich sich anzueignen gewusst hatte. Sie schalt alsdann ohne Anlass, zerbrach Scheiben, zerschlug Stühle, that auch mehrmals, als ob sie auf einem Gute wäre und zu befehlen habe und konnte schliesslich durch Isolirung zwar unschädlich gemacht, aber nicht beruhigt werden. Auch in den von Krampfzuständen freien Zwischenzeiten zeigte sie eine krampfhafte Empfindlichkeit und Reizbarkeit, so dass sie nicht selten zu überaus heftigen Zornausbrüchen verleitet wurde, die sie selbst zur Nachtzeit ohne Rücksicht auf ihre Mitkranken in Scene setzte (Charité-Journal). Im Uebrigen wird an ihr eine allgemeine geistige Schwäche nachgewiesen.

Am 4. Mai 1870 siedelte die R. als unheilbar in die städtische Irrenverpflegungsanstalt über. Hier wurden krampfartige Zustände an ihr nicht beobachtet. Ihr Wesen war ruhig, freundlich; sie fügte sich willig in die Hausordnung, zeigte grossen Trieb zur Beschäftigung und wusste sich durch ihr ordnungsmässiges Verhalten ein allseitiges Vertrauen zu erwerben. Da ihr deshalb eine grössere Freiheit in der Bewegung gestattet wurde, so benutzte sie dieselbe, um am 6. Juni ejusd. a. aus der Anstalt zu entweichen.

Am 17. August wurde sie indessen durch die Polizei schon wieder in dieselbe zurückgeführt, nachdem sie die kurze Zwischenzeit zur Begehung mannigfacher Betrügereien ausgenutzt hatte.

Herr College *v. C.*, welcher damals der Frauen-Abtheilung vorstand,

berichtet, dass die R. sich wiederum vollkommen ruhig verhalte, fleissig arbeite und dass er epileptische Anfälle an ihr nicht beobachtet habe. Aber er führt an, dass die sehr robuste, vollblütige Person wiederholt über leichte Schwindelanfälle und Kopfschmerz geklagt habe, auch erwähnt er ihrer zeitweisen Klagen über Schlaflosigkeit, die erst nach dem Gebrauch von Chloralhydrat beseitigt wurde. Ueber den psychischen Zustand der R. wird berichtet, dass dieselbe zunächst ein gutes Gedächtniss zeige, das sie nur dann anscheinend verlasse, wenn das Gespräch auf ihre Beziehungen zum Criminal-Gericht und auf die Krankheitserscheinungen, die sie in der Charité dargeboten hatte, gebracht werde. Diesen Gedächtnissmangel glaubt Dr. *v. C.* nicht anders als durch die Annahme, dass Pat. simulire, erklären zu sollen, da die Erinnerung an sonstige frühere Lebensereignisse, wie auch Vorkommnisse der jüngsten Zeit bei derselben wohl erhalten wären. Er findet auch bei ihr keinen Mangel an Urtheilsvermögen, keine schwachsinnige Auffassung ihrer Lebensverhältnisse und erklärt sie für geistig gesund und vermögend die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen.

Demgemäss wurde die Richter auf Verfügung des Stadtgerichts am 7. December 1870 aus der Anstalt entlassen und begab sich zu einer hier wohnenden Schwester.

Am 8. Juni a. pr. erfolgte indessen ihre Wiedereinlieferung durch das Polizei-Präsidium, nachdem durch den Arzt der Stadtvogtei ihr geistesgestörter Zustand nachgewiesen worden war. Während ihres mehrmonatlichen Aufenthaltes in der Freiheit hatte sie sich wiederum mehrere Diebstähle und Betrügereien zu Schulden kommen lassen.

Vom August an ist die Kranke der Beobachtung des Berichterstatters, der inzwischen die Leitung der Anstalt wieder übernommen hatte, unterstellt gewesen. Es fiel bald auf, dass dieselbe zuweilen bei der Visite ein eigenthümlich schläfriges, träumerisches Wesen zeigte. Sie klagte, meist aber nur auf Befragen, über Kopfschmerz, Schwere im Kopfe, allgemeines Uebelbefinden und unruhigen Schlaf. Sie behauptete, dass es ihr in der Nacht zuweilen sei, als ob ihr Männer Gesichter schnitten; es sei ihr, als ob Gestalten auf sie eindrängen, um sie zu erwürgen; sie habe Angst vor ihnen. Hin und wieder erschienen ihr auch Thiere. — Am 22. August klagte sie bei der Visite nach einer schlaflosen, unruhigen Nacht über grosses Angstgefühl. Während sie noch im Sprechen begriffen war, nahm ihr geröthetes Gesicht einen eigenthümlich starren Ausdruck an; sie verdrehte die Augen und glitt von dem Stuhl, auf den sie sich niedergelassen hatte, zur Erde. Es trat ein leichtes Strecken des Körpers, besonders der Extremitäten ein. Nachdem der Anfall etwa eine Minute gedauert hatte, erwachte sie wie aus einem Traume, sah verwirrt aus, lächelte seltsam und wusste nicht, was mit ihr vorgegangen war. Nach dem Anfalle trat längerer Schlaf ein.

Seit diesem Anfalle sind bei der R. mehrfache in unregelmässigen Intervallen wiederkehrende epileptoide Anfälle beobachtet worden. Denselben

ging zuweilen schon Tage lang ein Gefühl von Benommenheit und Abspannung voraus; Pat. erschien im Gegensatz zu ihrer sonst heiteren Stimmung niedergeschlagen und traurig, vergoss Thränen und äusserte Lebensüberdruss. Während der Anfälle, die nur eine Dauer von 1—2 Minuten hatten und nur in mehr oder minder intensiven Drehungen und Streckungen des Körpers bestanden, schwankte die Temperatur bei auffallend kühler Hautoberfläche zwischen 37° und 37,8°. Die Pupillen waren dilatirt; einige Male wurde intermittirender Puls beobachtet. Charakteristisch für die Anfälle waren Lippenbewegungen, leichte Schluckbewegungen (accès incomplets de l'épilepsie nach *Herpin*), auf welche *Griesinger* besonders aufmerksam macht. Das Bewusstsein war während der Anfälle vollkommen aufgehoben; Pat. brachte einige leise gemurmelte Worte hervor, deren sie sich nachher nicht mehr erinnerte. Meist trat darauf Stunden langer Schlaf ein. Der psychische Zustand der R. charakterisirte sich als allgemeine psychische Schwäche, wie sie bei Epileptikern beobachtet wird und gab volle Veranlassung das gerichtliche Interdictions-Verfahren wider dieselbe einzuleiten. Von Wichtigkeit für den Fall ist die bei den Angehörigen der R. ermittelte Thatsache, dass mehrere Schwestern derselben an ähnlichen krampfartigen Zuständen, wenn auch in minderem Maasse leiden, dass Pat. schon von Kindheit an Schwindelanfällen unterworfen gewesen ist und schon zu dieser Zeit ihres psychischen Verhaltens wegen als nicht vollkommen zurechnungsfähig gegolten hat.

Herr *Köppe* demonstrirte schliesslich zwei Fälle von Knochengeschwülsten des Schädels bei Frauen, welche in seiner Anstalt zur Beobachtung gelangt waren.

Nach Schluss der Sitzung vereinigte die Theilnehmer ein gemeinsames Mahl. Dr. *Ideler*.

Bericht
über die Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Leipzig am 13. August 1872.

Anwesend sind: Docent Dr. *Arndt* aus Greifswald, Director Dr. *Binswanger* aus Bellevue bei Constanz, Director Dr. *Besser* aus Asyl Pütschen bei Bonn, Director Dr. *Brosius* aus Bendorf, Director Dr. *Cramer* aus Rosegg bei Solothurn, Geh. Rath Dr. *Flemming* aus Schwerin, Director Dr. *Fraenkel* aus Dessau, Dr. *von Gellhorn* aus Halle, Director Dr. *Güntz* aus Thonberg bei Leipzig, Director Dr. *Hasse* aus Königslutter, Director Dr. *Hertz* aus Bonn, Professor Dr. *Hagen* aus Erlangen, Dr. *Hadlich* aus Pankow, Dr. *Jensen* aus Allenberg, Obermedicinalrath Dr. *Kelp* aus Wehnen, Sanitätsrath Dr. *Koster* aus Marsberg, Geh. Rath Dr. *Laehr* aus

Schweizerhof, Director Dr. *Liebmann* aus Hildburghausen, Geh. Rath. Dr. *Lessing* aus Sonnenstein, Director Dr. *Mendel* aus Pankow, Prof. Dr. *L. Meyer* aus Göttingen, Geh. Rath Dr. *Nasse* aus Siegburg, Geh. Rath Dr. *Roller* aus Illenau, Staatsrath Dr. *Rothe* aus Warschau, Med. Rath Dr. *Reimer* aus Sachsenberg, Docent Dr. *W. Sander* aus Berlin, Medicinal-Rath Dr. *Voppel* aus Colditz, Sanitätsrath Dr. *Vorster* aus Lengerich, Director Dr. *Wille* aus St. Urban (Schweiz), Dr. *Wiedemeister* aus Osnabrück, Director Dr. *Zinn* aus Neustadt-Eberswalde.

Nachdem der Vorsitzende, Geh. Rath Dr. *Flemming* die Anwesenden begrüsst und Dr. *Brosius* zum 2. Schriftführer ernannt hatte, widmete er Worte der Theilnahme und ehrenden Anerkennung dem dahingeschiedenen Vorstands-Mitgliede Prof. Dr. *von Solbrig* in München und eröffnete die Versammlung.

Gemäss der vorliegenden Tagesordnung forderte Vors. die anwesenden Mitglieder zur Wahl zweier Mitglieder des Vorstandes an Stelle der Ausgeschiedenen auf. Das Resultat ergab als neu eintretende Mitglieder des Vorstandes: Director Dr. *Zinn* und Prof. Dr. *L. Meyer*, welche aufgefordert die Wahl annahmen.

Demnächst erstattete der Vorsitzende

1) Bericht über die Verhandlungen des Vorstandes, betreffend das Projet de statistique appliquable à l'étude des maladies mentales des Herrn *Lunier* zu Paris.

Den Mitgliedern des Vereins wird erinnerlich sein, dass der General-Inspector der Asyle in Frankreich, Dr. *Lunier* zu Paris, ein im Auftrage des internationalen psychiatrischen Congresses zu Paris, vom Jahre 1867, ausgearbeitetes Project eines allgemeinen von den Dirigenten der Asyle der verschiedenen Länder zu acceptirenden Schemas für statistische Tabellen auch dem Vorstande des Vereins deutscher Irren-Aerzte mit dem Ersuchen zugestellt hatte, sich über dasselbe kritisch zu äussern und etwanige Aenderungs-Vorschläge an seine Adresse gelangen zu lassen. Nach vorläufiger Erwägung dieses Antrags in einer der vorgängigen General-Versammlungen unseres Vereins wurde durch einen Beschluss desselben dessen Vorstand beauftragt, die Amendirung jenes Projectes unter Zuziehung selbstgewählter Beistände aus den Mitgliedern des Vereins, hauptsächlich zu dem Zwecke der Vereinfachung des „Projects" zu berathen. In Folge dessen trat der Vorstand nach vorangegangenen schriftlichen Verhandlungen über die zu befolgenden Principien im Frühling 1870 in Cassel zu einer Conferenz zusammen, unter Zuziehung der mit dankenswerther Bereitwilligkeit beigetretenen Herren Dr. *Tigges* aus Marsberg, Prof. Dr. *Hagen* aus Erlangen und Med. Rath Dr. *Snell* aus Hildesheim. In zweitägiger Berathung wurde daselbst das statistische Project sowohl seiner Gesammtheit als seinen Einzelheiten nach sorgfältig erwogen und schliesslich eine Vereinfachung desselben, einerseits rücksichtlich der zu befolgenden Nomenklatur der Formen der Geistesstörungen, andererseits rücksichtlich der Zahl und Einrichtung

der Tabellen-Schemata, welche von 31 auf 13 eingeschränkt wurde, verabredet und festgestellt. Herr Dr. *Tigges*, welcher überhaupt dieser Angelegenheit seine Kenntnisse und Bemühung mit einem Eifer zum Opfer gebracht hat, welcher den Vorstand zum grössten Dank verpflichtete, unterzog sich der weiteren Arbeit, das Resultat der gepflogenen Berathung geordnet zusammen zu stellen und sorgfältig zu motiviren und es blieb nur noch übrig, dieses Elaborat dem Herrn *Lunier* zuzustellen. Dies wurde während des inzwischen ausgebrochenen Krieges und selbst nach abgeschlossenem Frieden wegen sistirter Packet-Beförderung unausführbar und erst zu Anfang des Herbstes 1871 hat die Gefälligkeit des Collegen *Roller* zu Illenau Aussicht eröffnet, die bezügliche Sendung dem Herrn *Lunier* zu Händen gelangen zu lassen. Es ist dabei nicht versäumt worden, dem Vorstande des Projet statistique auf den, im 3. Hefte 27. Bandes der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlichten, vortrefflichen Aufsatz unseres Collegen Professor *Hagen* aufmerksam zu machen.

Seit dieser Zeit scheint diese Frage in Paris zu ruhen, so fern wir nicht voraussetzen müssen, dass nationale Missstimmung, die sich leider auf das Gebiet der Wissenschaft verbreitet hat, uns von der Theilnahme an den weiteren Verhandlungen ausschliesst. Sollte daher wirklich das von vielen Seiten stark angezweifelte Bedürfniss eines für alle Asyle maassgebenden Schemas für tabellarisch-statistische Erhebungen vorhanden sein, so würde es sich für uns empfehlen, sich dabei auf die eigenen Füsse zu stellen, ohne auf die weiteren Vorschläge von Frankreich aus zu warten. Für diesen Fall würde der Vorstand des Vereins bezüglichen Anträgen entgegen sehen.

2) Bericht über die Verhandlungen bezüglich einiger Paragraphen des Entwurfes eines Strafgesetzbuches für die Norddeutschen Bundesstaaten.

Die Mitglieder des Vereins deutscher Irrenärzte werden sich erinnern, wie in der Sitzung der General-Versammlung des Vereins zu Innsbruck dessen Vorstand mittheilte: dass demselben durch den Königlich Preussischen Herrn Justiz-Minister der damals erste Entwurf eines Straf-Gesetzbuchs für den Norddeutschen Bund zugegangen sei, mit dem Anheimgeben an den Verein, bezüglich der die Psychiatrie und gerichtliche Psychologie betreffenden Paragraphen des Entwurfs und die etwa wünschenswerth erscheinenden Abänderungen derselben motivirt äussern zu wollen. Diese, mit Lebhaftigkeit bewillkommnete Eröffnung führte sofort zu dem Beschluss: durch den Vorstand an die sämmtlichen Mitglieder des Vereins unter Mittheilung der bezüglichen Paragraphen des Entwurfs die Aufforderung ergehen zu lassen zu kritischer Aeusserung und Kundgebung der darauf gegründeten Verbesserungs-Vorschläge gegenüber dem Vereins-Vorstande, zugleich mit der Aufgabe für letzteren, solche Bemerkungen und Vorschläge möglichst in Einklang zu bringen und durch Vermittelung des Königlich

Preussischen Herrn Justiz-Ministers der Commission für Berathung des Strafgesetzbuchs zur Verfügung zu stellen, womit innerhalb des Vorstandes der Referent beauftragt wurde.

Der erste Theil dieses Beschlusses ist sofort ausgeführt und es sind dabei die für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie in Betracht kommenden Paragraphen des Entwurfs in extenso den Vereins-Mitgliedern vorgelegt worden. Diese Paragraphen betrafen: die Bezeichnung derjenigen geisteskranken Zustände, welche die Strafbarkeit ausschliessen, — die Bestimmung des Lebensalters, welches die Strafbarkeit resp. ganz ausschliessen, oder das Strafmaass verringern soll, — endlich die strafrechtliche Verfolgung widernatürlicher Unzucht. — Der erfreulichste Erfolg gab sich unverzüglich kund in der Betheiligung einer ansehnlichen Anzahl von Vereins-Mitgliedern, welche sich, theils einzeln, theils gemeinsam nach dem Uebereinkommen von psychiatrischen Districts-Versammlungen, entweder in Hinsicht auf einzelne der in Betracht zu ziehenden Paragraphen, oder über sämmtliche dieser Paragraphen geäussert und kürzere oder ausführlichere kritische Erörterungen und daran sich knüpfende Abänderungs-Vorschläge dem Referenten überwiesen haben.

Für den letzteren wurde in Folge dessen, wie leicht ersichtlich, die Ausführung des zweiten Theils des erwähnten Beschlusses zu einer schwierigen Aufgabe. Nur die fast unmittelbare Nähe des zur Einreichung einer bezüglichen Erklärung des Vereins deutscher Irren-Aerzte gestellten Termins konnte ihn über die Bedenken bezüglich seiner Befähigung zur Erledigung dieser Aufgabe hinwegführen, konnte ihn zu einem Versuche ihrer Erfüllung bestimmen. Jene Schwierigkeit beruhte in der grossen Verschiedenartigkeit der Ansichten, die sich von Seiten der verschiedenen Votanten kund gegeben hatte, und in der Mannigfaltigkeit der von ihnen unterbreiteten Abänderungs-Vorschläge. Es würde unzulässig gewesen sein, auch nur eines der vorher so angelegentlich erbetenen Vota zu überhören oder unberücksichtigt bei Seite zu legen. Es würde, selbst wenn es hätte gelingen können, die Verschiedenartigkeit der Vota auszugleichen und die Mannigfaltigkeit der Vorschläge auf eine engere Zahl zurückzuführen, unzulässig gewesen sein, lediglich die Zahl der Stimmen, und nicht zugleich die Gründe abzuwägen. Und es musste endlich höchst bedenklich erscheinen, der Berathungs-Commission für das Strafgesetzbuch ein Elaborat von so zurückschreckendem Umfange vorzulegen, wie er bei umfassender Berücksichtigung aller hiernach sich ergebenden Forderungen unabweislich gewesen wäre. Mit Umgehung solcher Gefahr hat gleichwohl der von Ihnen Beauftragte sich bemühet, allen jenen Forderungen gerecht zu werden. Die Hinweisung auf den Erfolg dieser Bemühungen macht eine Nachweisung über den dabei eingeschlagenen und befolgten Weg völlig überflüssig. Wurden die Hoffnungen Ihres Mandanten in Betreff dieses Erfolges schon durch die Vielartigkeit der geltend gemachten Wünsche und durch den Umstand, dass der Berathungs-Commission kein ärztliches Mitglied bei-

wohnte, sehr herabgestimmt, so sanken sie noch tiefer bei der Mittheilung eines mir befreundeten Reichstags-Abgeordneten, dass zufolge der im Reichstage und in der Berathungs-Commission für das Strafgesetzbuch herrschenden Strömung die unsererseits angeregten Fragen als untergeordnete angesehen, vielmehr einigen anderen, wie z. B. der Beibehaltung oder Ausschliessung der Todesstrafe die Aufmerksamkeit hauptsächlich zugewendet würde und jegliche Bestrebungen, jene zu grösserer Geltung zu bringen, sich kaum Rechnung auf Erfolg machen könnten. — Mit um so grösserer Freude muss nun jedenfalls das schliessliche Resultat der Commissions-Berathungen und der Reichstags-Abstimmung willkommen geheissen werden, welches in den §§. 51. 55. 56. 57 und 175 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich vorliegt. Denn wenngleich die Fassung dieser §§. zweifellos hinter den Wünschen einer ansehnlichen Anzahl unserer speciellen Fachgenossen zurückbleibt, ja vielleicht die meisten der Letzteren unbefriedigt gelassen haben wird, so darf doch nicht der Fortschritt verkannt werden, welcher dadurch gemacht worden und der unbedenklich der Herrschaft jener richtigen Ansichten über das Wesen der Seelenstörungen zu verdanken ist, durch deren Begründung und Verbreitung sich seit einer langen Reihe von Jahrzehnten die Irren-Aerzte aller civilisirten Länder verdient gemacht haben.

Diese Paragraphen lauten:

§. 51. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Vgl. Anm. zu §. 58 (S. 22 des Str.-Ges.).

§. 55. Wer bei Begehung einer Handlung das zwölfte Lebensjahr nicht vollendet hat, kann wegen derselben nicht strafrechtlich verfolgt werden.

§. 55 findet auch auf die Landesgesetze Anwendung.

§. 56. Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besass.

In dem Urtheile ist zu bestimmen, ob der Angeschuldigte seiner Familie überwiesen oder in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt gebracht werden soll. In der Anstalt ist er so lange zu behalten, als die der Anstalt vorgesetzte Verwaltungsbehörde solches für erforderlich erachtet, jedoch nicht über das vollendete zwanzigste Lebensjahr.

§. 57. Wenn ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, bei Begehung derselben die zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besass, so kommen gegen ihn folgende Bestimmungen zur Anwendung:

1) ist die Handlung mit dem Tode oder mit lebenslänglichem Zuchthaus bedroht, so ist auf Gefängniss von drei bis zu funfzehn Jahren zu erkennen;

2) ist die Handlung mit lebenslänglicher Festungshaft bedroht, so ist auf Festungshaft von drei bis zu funfzehn Jahren zu erkennen;

3) ist die Handlung mit Zuchthaus oder mit einer anderen Strafart bedroht, so ist die Strafe zwischen dem gesetzlichen Mindestbetrage der angedrohten Strafart und der Hälfte des Höchstbetrages der angedrohten Strafe zu bestimmen.

Ist die so bestimmte Strafe Zuchthaus, so tritt Gefängnissstrafe von gleicher Dauer an ihre Stelle;

4) ist die Handlung ein Vergehen oder eine Uebertretung, so kann in besonders leichten Fällen auf Verweis erkannt werden.

Auch die Strafe des Verweises tritt erst mit der Rechtskraft des Urtheils ein. Ueber die Ertheilung desselben entscheiden die Prozessgesetze. Fehlt es an solchen, wie z. B. in Preussen, so muss es im richterlichen Ermessen stehen, denselben mündlich oder schriftlich zu ertheilen.

5) auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte überhaupt oder einzelner bürgerlichen Ehrenrechte, sowie auf Zulässigkeit von Polizei-Aufsicht ist nicht zu erkennen.

Die Freiheitsstrafe ist in besonderen, zur Verbüssung von Strafen jugendlicher Personen bestimmten Anstalten oder Räumen zu vollziehen.

§. 175. Die widernatürliche Unzucht, welche zwischen Personen männlichen Geschlechts oder von Menschen mit Thieren begangen wird, ist mit Gefängniss zu bestrafen; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Was in diesen Gesetzes-Stellen noch von einzelnen unserer Collegen vermisst oder anstössig gefunden werden mag, darüber wird zuvörderst eine Einigung der noch abweichenden Meinungen gesucht werden müssen, bevor nach dieser Seite hin eine weitere Annäherung des Gesetzes zur Vollkommenheit erhofft und erwartet werden kann.

3) Ueber den weiteren Verlauf der Verhandlungen des Vereins mit den deutschen Lebens-Versicherungs-Anstalten wegen Abänderung ihrer Statuten zu Gunsten derjenigen, welche sich im geisteskranken Zustande das Leben genommen haben, ist Folgendes zu berichten.

Bekanntlich war auf die „Darlegung" des Vereins über die bezügliche Frage theils in der Berliner National-Zeitung eine durch eine Conferenz der Vertreter verschiedener Lebens-Versicherungs-Anstalten redigirte, die Forderung des Vereins zurückweisende Erklärung, theils eine von Seiten der Gothaer Lebens-Versicherungs-Bank im Druck veröffentlichte Entgegnung in gleichem Sinne erfolgt.

Der Vorstand des Vereins hielt es für nöthig, diese beiden Entgegnungen kritisch zu beleuchten und unter Widerlegung der darin vorgebrachten

Gründe auf die ursprüngliche Forderung zu bestehen, mit der Absicht, diese Widerlegungen in geeigneter Weise zur Kenntniss der Gegner zu bringen. Von zwei, demgemäss verfassten Entwürfen, wurde der eine kürzere, von Professor *Jessen* redigirte, welcher sich wesentlich nur gegen die Entgegnung der Gothaer Lebens-Versicherungs-Bank richtete, vorläufig für die Veröffentlichung ausersehen. Doch gelang es nicht von der Redaction der National-Zeitung die Aufnahme desselben in ihre Spalten zu erreichen, und der Vorstand musste sich daher begnügen, die bezügliche Entgegnung „An die Verwaltung der Lebens-Versicherungs-Bank in Gotha" theils an diese handschriftlich gelangen zu lassen, theils durch die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie im 27. Bande derselben vom Jahr 1871, 6. Heft, zu veröffentlichen. Hierauf ist eine weitere Vernehmlassung von Seiten weder der Gothaer Lebens-Versicherungs-Bank, noch der übrigen Lebens-Versicherungs-Anstalten erfolgt, und somit die Frage zur Zeit noch unerledigt geblieben. —

Bei Annahme und Ausführung der obengedachten Beschlüsse behielt sich der Vorstand vor, die weiteren Maassnahmen in der fraglichen Angelegenheit der nächsten Versammlung des Vereins zu überweisen.

Dazu wird im Uebergange zu §. 5 der Tagesordnung der nachfolgende Antrag des Referenten geeignet sein, welchen der Vorstand der Erwägung der Versammlung empfiehlt.

4) Antrag *Flemming*, betreffend einen den ad 3 gedachten Anstalten zu unterbreitenden Vermittlungsvorschlag.

Der Verein deutscher Irrenärzte wolle zum Beschluss erheben: zur Lösung der zwischen demselben und den deutschen Lebens-Versicherungs-Anstalten schwebenden Differenz über die von letzteren bisher verweigerte Anerkennung der in nachgewiesener Geisteskrankheit vollbrachten Selbstmorde als durch zufällige Krankheit erfolgte Todesfälle, bei diesen Anstalten die Aufnahme einer Bestimmung in ihre Statuten zu beantragen, dahin lautend:

> „dass alle Geistes-Kranke Selbstmörder, deren nach Abschluss der Versicherung ausgebrochene und zum Vorschein gekommene Geistes- oder Gemüths-Krankheit bei ihren Lebzeiten durch den Vertrauens- (Agentur-) Arzt der betreffenden Versicherungs-Anstalt und einen von der Familie des Versicherten zu wählenden Arzt, bei Abstimmigkeit zwischen beiden aber durch einen vom Staate angestellten Gerichts-Arzt constatirt worden ist, als solche betrachtet werden sollen, welche ihr Leben durch zufällige Krankheit verloren haben."
>
> „Die Constatirung der Geistes-Krankheit mittelst des Aufenthalts in einer Irren-Anstalt und die erfolgte Interdiction, resp. Blödsinnigkeits-Erklärung, genügt an sich für den Nachweis des zufälligen Todes."

Motive.

1) Die aus den sämmtlichen Erklärungen der deutschen Lebens-Versicherungs-Anstalten ersichtliche, jedenfalls schwer und im glücklichsten Falle nur nach langen Kämpfen zu besiegende Abneigung, auf den ursprünglichen Antrag einzugehen, welcher dahin ging: „dass von Seiten dieser Anstalten, gemäss aufzunehmender statutenmässiger Bestimmung, nach Abweisung der wegen anscheinender Disposition zu Geistes- oder Gemüths-Störung als verdächtig erkannten Versicherungs-Anträge, alle jene Todesfälle, welche nach Ablauf eines Intervalls von 6 Monaten seit Abschluss der Versicherung durch Selbstmord in Folge von Geistes- oder Gemüths-Störung eintreten, mit Einschluss derjenigen Fälle, in welchen bei Abschluss der Versicherung die bereits vorhandene Geistesstörung verkannt und dieselbe erst nachträglich constatirt ist, als solche betrachtet werden sollen, die durch zufällige Krankheit herbeigeführt sind, sofern die Geistesstörung durch ärztliches motivirtes Gutachten erwiesen ist.

2) Das in der Erklärung der Gothaer Lebens-Versicherungs-Bank für Deutschland, welcher sich fast alle übrigen deutschen Lebens-Versicherungs-Anstalten angeschlossen haben, p. 29 daselbst niedergelegte Zugeständniss: es werde von Seiten der Gothaer Bank der Forderung, dass die Lebens-Versicherung ihre Garantie auch auf Fälle von Selbstmord in Folge von Geistesstörung, respective in unzurechnungsfähigem Zustande, erstrecken solle, aus Gründen der Billigkeit und Humanität die theoretische Berechtigung nicht abgesprochen.

3) Die ebendaselbst (S. 30) ausgesprochene Bereitwilligkeit, die Haftung anzuerkennen, wenn die volle Unzurechnungs-Fähigkeit eines nachherigen Selbstmörders bereits bei seinen Lebzeiten zur Genüge constatirt worden sei.

4) Das zweifellose Zusammenfallen der von der Gothaer Bank als juristischer Begriff anerkannten Zurechnungs-Unfähigkeit mit der Geistes-Krankheit.

5) Die Folge, dass mit Annahme des hier empfohlenen Antrages nur der im Ganzen geringe Bruchtheil derjenigen in Folge von Geistesstörung vollbrachten Selbstmorde der Haftbarkeit der Versicherungs-Anstalten entfällt, in welchen wegen Plötzlichkeit des Ausbruchs und rapiden Verlaufs der Geistesstörung bis zum Selbstmord, oder wegen Entfernung des Kranken von seiner Familie, oder wegen Fahrlässigkeit von Seiten der letzteren die vorgeschriebene Constatirung der Geistesstörung bei Lebzeiten des Kranken nicht hat beschafft werden können.

Beschluss. Nach lebhafter Diskussion wurde auf Antrag von Prof. Dr. *L. Meyer* beschlossen, 1) den vorliegenden Vermittlungsantrag auf 1 Jahr zu vertagen; 2) da angeblich vom Reichskanzleramte ein Gesetz Betreffs des Versicherungswesens im Allgemeinen vorbereitet werde, den

Vorstand zu beauftragen, im Sinne des ursprünglichen Antrages eine Petition bei dem Reichskanzleramte rechtzeitig einzureichen.

5) Antrag *Nasse* und Genossen: über die zweckmässigste Einrichtung der allgemeinen Statistik der Irrenanstalten.

Nasse giebt, nachdem er auf die den Collegen bekannte Mangelhaftigkeit der gegenwärtig vom Preuss. Ministerium vorgeschriebenen officiellen Irrenanstaltsstatistik hingewiesen, eine historische Darlegung der verschiedenen von psychiatrischen Kreisen ausgegangenen Bemühungen zur Aufstellung und Einführung von Zählblättchen für die Anstaltsstatistik. Die medicinisch-psychologische Gesellschaft in Berlin hat zuerst 1869 ein Zählblättchen für diesen Zweck ausgearbeitet und dem Preuss. Ministerio eingereicht. Dadurch veranlasst hat eine Anzahl practischer Irrenärzte im Frühjahr 1870 ebenfalls ein Zählblättchen ausgearbeitet; ihre Absicht, dieses der Gesammtheit der Collegen vorzulegen, ist in den Jahren 1870 und 71 durch verschiedene Umstände vereitelt, ihre Vorschläge aber sind auch im Herbst 1871 den genannten Stellen übergeben worden. Beide Vorschläge stimmen in der Anerkennung der Vorzüge von Zählblättchen überein, weichen aber in Einzelheiten von einander ab. Die Fehde, die sich literarisch seitdem über den letzteren Punkt entwickelt hat, ist den Collegen bekannt; zu einer Entscheidung über die Differenzpunkte, welche ein Eingehen in Einzelheiten erfordern würde, dürfte aber die jetzige Versammlung nicht geeignet sein.

Bei der grossen Wichtigkeit der Angelegenheit für eine gemeinsame statistische Bearbeitung der Anstalten und bei der Nothwendigkeit, dass Zählblättchen und daran sich schliessende Tabellen durch Fachmänner ausgearbeitet werden, — zur Illustrirung der Erfolge eines entgegengesetzten Verfahrens wird auf die Bearbeitung der „Ursachen der Selbstmorde" in der Selbstmordstatistik in Preussen im Jahre 1869 hingewiesen — ist eine Einigung der deutschen Irrenärzte über die Form der Anstaltsstatistik äusserst wünschenswerth, und da die Herstellung einer medicinischen Statistik für das ganze deutsche Reich schon von competenter Stelle in Aussicht genommen ist und ihre Ausarbeitung nur eine Frage der Zeit mehr sein wird, so wird es sich empfehlen, auch für die Irrenanstaltsstatistik die Vorarbeiten auf das ganze deutsche Reich auszudehnen. Indem *N.* diese Vorarbeiten als eine naturgemässe Aufgabe des Vereins deutscher Irrenärzte ansehen zu müssen glaubt, beantragt er:

dass die Versammlung eine Commission aus Nord- und Süddeutschland und zwar aus Collegen, welche sich mit Statistik bereits eingehender beschäftigt haben, zur Ausarbeitung von Zählblättchen mit Benutzung des vorliegenden Materials Zwecks Vorlage derselben an die nächste Versammlung ernenne.

Beschluss. Die Versammlung beschloss, eine Commission zu ernennen, bestehend aus den DDr. *Hagen*, *Nasse*, *Roller*, *Sander* und *Tigges*

und dieselbe zu beauftragen, der nächsten Versammlung eine Vorlage zu machen.

6) Antrag *Koster* und *Tigges* beim Reichs-Kriegs-Ministerium: dass im Militär-Medicinalwesen Einrichtungen getroffen werden, um den gegenwärtigen Ansprüchen der Psychiatrie hinreichende Berücksichtigung zu sichern, nach einer vertheilten Vorlage 1) dadurch, dass in das Centrum der Militär-Medicinal-Verwaltung eine Persönlichkeit mitberufen wird, welche einerseits durch vieljährige Erfahrung an einer grösseren Irrenanstalt und durch genaue Bekanntschaft mit der psychiatrischen Literatur; mit den theoretischen und praktischen Anforderungen der Psychiatrie vollkommen vertraut ist, und welche andererseits sich in genauer Bekanntschaft mit allen einschlägigen Vorkommnissen beim Heere erhält. 2) dadurch, dass bei der Aushebung zum Militärdienste Vorsorge getroffen wird, die wegen psychischer Defecte zum Militär-Dienst Ungeeigneten auszuscheiden (unter genauer Rücksichtnahme auf die Antecedentien, event. unter Hinzuziehung eines öffentlichen Irren-Anstalts-Directors der betreffenden Provinz bei allen fraglichen Fällen). 3) Dadurch, dass bei psych. Erkrankungen während der Dienstzeit die baldigste Erkennung und vorläufige geeignete Unterbringung (Anlegung passender Isolirzimmer in grossen Militär-Hospitälern etc.) möglichst gewährleistet wird.

Der vorstehende Antrag wurde von Dr. *Koster* mit Rücksicht auf die inzwischen vorgekommenen Verhandlungen zurückgezogen.

7) Antrag *Laehr,* betr. die Beziehungen der Privatirrenanstalten zum Gewerbegesetz des Norddeutschen Bundes.

Die Gegenwart mit ihren raschen politischen Umwälzungen hat auch auf dem Gebiete der Gesetzgebung, theilweise um jene zu sichern, eine schneller als bisher vorwärtsschreitende Bewegung zur Folge gehabt. Es ist darin eine Strömung hervorgetreten, welche naturgemäss auch Irrungen zur Folge hatte, weil die Herbeiführung technischer Unterlagen mit Schwierigkeiten und Zeitaufwand verbunden ist, die das Drängen nach Durchführung von allgemeinen abstracten Lehrsätzen nicht verträgt. Auf dem Gebiete der Irrenheilkunde mussten Fehlgriffe um so eher entstehen, als in ihr selbst noch einzelne für die Gesetzgebung nothwendige Principien verschiedene Auffassungen ergaben.

Die Zeiten sind vorüber, in denen *Reil* sagen konnte: „Privatirrenanstalten sind Gefängnisse, für welche Niemand sicher ist, der zwischen Habsucht und Bosheit in's Gedränge kommt; der Eingesperrte kann in lebenslänglicher Gefangenschaft verschmachten, ist der grausamsten Behandlung ausgesetzt, nicht seines Lebens sicher, wenn diese Oerter ausser der Sphäre der Polizei liegen."

Nicht lange nachher sagt *Görgen* freilich auch von den öffentlichen Anstalten: „es hätten vielleicht alle öffentlichen Anstalten dieser Art die

öffentliche Meinung in einem so hohen Grade wider sich, dass es für ihn nicht nöthig sei, diese Meinung zu motiviren."

Oeffentliche und private Anstalten wurden seit dieser Zeit reformirt, die Zahl der der Behandlung in Anstalten bedürftigen Kranken steigerte sich so, dass jene dem Bedürfnisse nicht mehr genügen konnten, die Zahl der privaten vermehrte sich und schon im Jahre 1866 waren in Deutschland, England und Frankreich unter 494 Irrenanstalten 242 öffentliche und 252 private. Seitdem hat sich die Zahl der letzteren noch viel erheblicher vermehrt.

Es geht daraus hervor, dass der Staat Veranlassung genug hat, auf die Privatanstalten seine volle Aufmerksamkeit zu richten. Ehe das Gewerbegesetz erschienen war, war das Anstreben der Irrenärzte dahin zu wirken, dass an die Spitze der privaten Irrenheilanstalten Aerzte gestellt würden, wie dies Princip ja bei den öffentlichen Anstalten ziemlich durchgängig eingeführt war. Auch der Staat unterstützte diese Richtung. Das Gewerbegesetz von 1869 hat Tabula rasa gemacht. Es gilt nunmehr, diese Thatsache als eine Basis für neue Bestrebungen in den irrenärztlichen Kreisen anzuerkennen und darauf weiter zu bauen.

Die Gewerbe-Ordnung für den Norddeutschen Bund vom 21. Juni 1869 lautet in

§. 30. Unternehmer von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irren-Anstalten bedürfen einer Concession der höheren Verwaltungsbehörde, welche ertheilt wird, wenn nicht Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Nachsuchenden in Beziehung auf den Gewerbebetrieb darthun" und in

§. 53 — — „Die in den §§. 30 etc. bezeichneten Genehmigungen und Bestallungen können in gleicher Weise zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Genehmigung oder Bestallung nach der Vorschrift dieses Gesetzes vorausgesetzt werden mussten, klar erhellt. Inwiefern durch die Handlungen oder Unterlassungen eine Strafe verwirkt ist, bleibt der richterlichen Entscheidung vorbehalten."

Eine weitere Erläuterung giebt eine amtliche Verfügung des Ministers vom 30. Septbr. 1870 vergl. *Eulenberg*'s Vrsch. f. ger. u. öff. Med. 1871. 1. Hft. S. 153 und Allgem. Ztschr. f. Psych. 1872. S. 414.

Hiernach concentrirt sich Alles auf den §. 30. Der Staat knüpft die Concession nur an die Personen und bei diesen dürfen nur „keine Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Nachsuchenden in Beziehung auf den beabsichtigten Gewerbebetrieb darthun." In der Praxis aber ist es oft schwer, die Unzuverlässigkeit auf Thatsachen zu beziehen, die nachgewiesen werden müssen und es kann Jemand unzuverlässig sein, ohne dass Thatsachen, Alle überzeugend, nachgewiesen werden können.

Bei der Forderung der „Zuverlässigkeit auf den beabsichtigten Gewerbebetrieb" kann ein Zweifel entstehen, ob sie sich auf das Wissen

oder den Charakter bezieht. Aber da die Ausübung der Heilkunde überhaupt freigegeben ist, ein Studium in der Heilkunde also für die Behandlung von Kranken überhaupt nicht verlangt wird, so kann man nur annehmen, dass Unzuverlässigkeit des Charakters gemeint sei. Wir wissen aber, wie schwer diese nachweisbar ist, wenn sie mit geistiger Gewandtheit und Rabulisterei verbunden ist!

Allerdings macht die Ministerial-Verfügung vom 30. Sept. 1870 darauf aufmerksam, dass bei der erweiterten Freigebung der Praxis ein Schutz in der genaueren Aufsicht von Seiten des Staates gefunden werden solle, doch wie soll diese stattfinden, da dazu eine nähere Kenntniss in der praktischen Ausübung der Irrenheilkunde gehört, der Staat dieselbe von seinen in begrenzteren Bezirken wirkenden und für vielfache Obliegenheit verpflichteten Aufsichtsbeamten nicht verlangen kann und besondere Organe dazu noch nicht eingesetzt sind. Ja bekanntlich gehört die Psychiatrie noch nicht zu den ärztlichen Disciplinen, die der angehende Arzt gehört haben und worin er examinirt werden muss. Wir sind selbst einen Schritt rückwärts gegangen, insofern Bayern seinen Fortschritt nach dieser Richtung hat aufgeben müssen, um die im Norddeutschen Bunde gültigen Prüfungsreglements zu den seinigen zu machen. Es kann dies freilich nur eine Frage der Zeit sein, denn was jetzt in Preussen für den beengten Kreis der Augenheilkunde geschieht, indem auf allen Universitäten für sie Lehrstühle errichtet werden, kann auf die Dauer dem weit umfassenderen Wirkungskreise der Irrenheilkunde nicht versagt werden.

Das Gewerbegesetz bestimmt ferner nicht näher, was es unter der Bezeichnung „Irrenanstalt" verstanden wissen will. Allerdings leiden auch die ausserdeutschen Länder, in denen Irrengesetzgebungen schon bestehen, an sehr gezwungen erscheinenden Erklärungen. Belgien nennt das Haus eine Anstalt, wenn in einem Hause mehr als ein Kranker lebt, der nicht zu der Familie des Eigenthümers oder Miethers gehört. In Schweden muss die Zahl der gleichzeitig verpflegten Kranken 5 übersteigen, damit die für Privat-Pflegeanstalten gegebenen Vorschriften befolgt werden müssen. In Holland gehören „mehrere" Irre dazu, die nicht Verwandte oder Angehörige der Bewohner sind.

Solche Gesetze nun, welche einer klar gelegten technischen Unterlage ermangeln oder nicht klar abgefasst sind, veranlassen, dass die Verwaltungsbehörden sie in ihrer Weise interpretiren und es ziehen durch eine andere Thür Beschränkungen wieder ein, um den Missbräuchen entgegenzutreten. Hierher scheint zu gehören, dass, nachdem die ärztliche Praxis im Allgemeinen freigegeben ist, durch Verordnungen den Apothekern und Lehrern die ärztliche Praxis versagt wird. In ähnlicher Weise sind mannigfache Modificationen dem §. 30 der Gewerbeordnung gefolgt. Jede Verwaltungsbehörde erlässt in ihrem Sinne Verordnungen und daher kommt es, dass in räumlich nebeneinander gelegenen Bezirken verschiedene Vorschriften existiren. So sei auf die „Instruction für die Vorsteher von Privatirren-

anstalten" im Berliner Verwaltungsbezirke hingewiesen, gegen welche viele Collegen manche schwere Bedenken erheben möchten (vgl. Allg. Ztschr. 1872. Heft 4). Es wird Wenigen wünschenswerth erscheinen, dass darnach nur mit Zustimmung der Polizei Aufnahmen erfolgen können, noch weniger, dass nur mit ihrer Zustimmung Kranke oder Genesene entlassen werden können. Kann es unter Umständen Werth haben und Bürgschaft leisten, dass der Besitzer der Privatanstalt einen Arzt angeben muss, der seine Irren ärztlich behandelt, und stimmt dies mit dem Gesetze, dass Jedermann ärztlich behandeln kann?

Diesen Thatsachen in der Gesetzgebung gegenüber tritt nunmehr die Frage an die Irrenärzte heran, von welchen erwartet wird, dass sie in Folge ihres Berufes auf Uebelstände aufmerksam machen und Vorschläge zur Abhülfe einreichen, welche Schritte sie zu diesem Zwecke thun sollen.

Es kann nicht verlangt werden, dass, wenn erst ein Gesetz perfect geworden ist, nun dasselbe auch gleich geändert werden soll, um so weniger, wenn im Schoosse der Irrenärzte selbst eine Uebereinstimmung über diesen Gegenstand noch nicht hervorgetreten ist. Es ist auch kaum zu erwarten, dass im Laufe einer Diskussion eine solche erreicht wird und überdies muss man erst abwarten, ob und welche thatsächlichen Uebelstände aus der Anwendung des jetzigen Gesetzes hervorgehen. Nur auf Grund der letzteren kann und wird der Gesetzgeber auf eine Aenderung eingehen.

Der Antrag geht daher dahin:

> dass der Verein der deutschen Irrenärzte eine permanente Commission von 3 Mitgliedern ernenne, welche dem Gewerbegesetze vom 21. Juni 1869 betreffs der Privatirrenanstalten ihre stete Aufmerksamkeit zuwendet, die im Laufe der Zeit aus Befolgung des Gesetzes hervortretenden Thatsachen sammelt, welche Uebelstände herbeiführen, und jährlich über den Stand der Angelegenheit in der Generalversammlung Bericht erstattet.

Beschluss. Die Versammlung genehmigt den Antrag *Laehr*, mit dem Amendement von Dr. *Meyer*, dass diese Commission bestehen solle aus je einem Mitgliede einer norddeutschen und süddeutschen Privatanstalt, während das dritte einer öffentlichen Anstalt angehöre. Es wurden gewählt *Laehr*, *Brosius*, *Meyer*.

8) Antrag *Nasse* auf eine Petition an das Reichskanzleramt um Vertretung der Psychiatrie in der zu organisirenden Reichscentralbehörde für die öffentliche Gesundheitspflege, zunächst durch ein ausserordentliches Mitglied und event. Einführung der Einrichtung von Generalinspectoren für das Irrenwesen.

Der Antragsteller beruft sich auf die Geneigtheit des R.-K.-Amts zur

Schaffung einer Reichscentralbehörde für die öffentliche Gesundheitspflege. In der Denkschrift (Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1872. IV. Heft 2) sind die Aufgaben dahin präcisirt:

„Das Reich in der Ausübung der ihm zugewiesenen Aufsicht über die medicinal-polizeilichen Angelegenheiten zu unterstützen, von den hierfür in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Einrichtungen Kenntniss zu nehmen, die vom Reiche ausgehende Gesetzgebung vorzubereiten, die Wirkungen der im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege ergriffenen Maassregeln zu beachten und in genügenden Fällen den Staats- und Gemeindebehörden Auskunft zu ertheilen, die Entwicklung der Medicinal-Gesetzgebung in ausserdeutschen Ländern zu verfolgen und die Herstellung einer genaueren medicinischen Statistik für Deutschland zu organisiren. Die Behörde soll bestehen zunächst aus drei ordentlichen Mitgliedern und einer unbestimmten Zahl von ausserordentlichen Mitgliedern.

Die Vertretung der Psychiatrie in dieser Behörde ist wünschenswerth sowohl zur Betheiligung an den rein wissenschaftlichen Aufgaben derselben (Statistik), als wegen der mannigfachen Beziehungen des Irrenwesens zu den Gebieten des staatlichen Lebens (Straf-, Gewerbegesetz etc.), und zur praktischen Hebung der allgemeinen Irrenfürsorge. Es ist hier hinzuweisen auf die Generalinspectoren für das Irrenwesen in anderen Länderen (England, Frankreich, Belgien, Holland) und deren segensreiche Folgen.

Bei dem Gange der Gesetzgebungsreform ist zu weiterer Einigung auch ein Irrengesetz zu erwarten. Die Vertretung der Psychiatrie bei den Vorbereitungen ist dazu aber nothwendig.

Deshalb ist Pflicht des Vereins deutscher Irrenärzte die rechtzeitige Erstrebung einer Vertretung durch eine wissenschaftlich und praktisch befähigte Persönlichkeit.

Die Aufgabe einer psych. Centralstelle besteht

A. Für die Irrenanstalten:

1) in Herstellung gemeinsamer Statistik für die Anstalten,
2) in Regelung der Aufnahmebedingungen in Anstalten,
3) in Erforschung der allgem. Bedürfnisse in baulicher und administrativer Hinsicht.
4) in Verallgemeinerung der Vorzüge einzelner Anstalten in weiteren Kreisen.

B. Für die allgemeinen Beziehungen des Irrenwesens:

1) in der Methode der Zählung der Irren in der allgemeinen Bevölkerung und Verwendung der statistischen Resultate,
2) in dem Verhältniss zur Strafgesetzgebung in der Beobachtung der Wirkung des §. 51 des neuen Strafgesetzes, in der Unterbringung der verbrecherischen Irren und der irren Verbrecher, in Maassregeln gegen Trunksucht (Verweisung auf Schweden, Nord-Amerika, Frankreich),
3) im Verhältniss zum Civilrecht: einheitliche Maassregeln für das

Entmündigungsverfahren (Nachtheile der bestehenden Gesetzgebung), Gewerbegesetzgebung über Privatanstalten,

4) im Verhältniss zum Unterricht: psychiatrischer Unterricht an Universitäten, Ausbildung von Gerichtsärzten in Psychiatrie durch Aufnahme derselben in die Anstalten,

5) Verhältniss zum Militär-Medizinalwesen: Mitwirkung bei Aushebungen etc.

Beschluss: Die Versammlung beauftragt den Vorstand, sich an das Reichskanzleramt in Gemässheit dieses Antrages mit einer Petition rechtszeitig zu werden.

9) Antrag *Nasse* auf eine Petition an das Reichskanzleramt: dasselbe wolle veranlassen, dass das Fach der Psychiatrie unter die Gegenstände des Examens bei der Prüfung der Aerzte, wie dies bisher schon im Königreich Bayern der Fall gewesen, aufgenommen werde, und seinen Einfluss dahin verwenden, dass zu dem Zwecke an allen Universitäten des deutschen Reiches klinischer Unterricht in der Psychiatrie ertheilt werde.

Die Nothwendigkeit der Ausbildung der Aerzte in der Psychiatrie ist seit Jahren von den verschiedensten Vereinen und Autoritäten wiederholt in Resolutionen und Eingaben an die Regierungen, unter Hervorhebung der Vortheile für Staat, Gesellschaft und Aerzte, betont worden. Die Kgl. Preuss. Staatsregierung hat durch Creirung von Volontairarztstellen an den öffentlichen Anstalten seit dem Jahre 1861 dem erkannten Mangel in der psychiatrisch-gerichtsärztlichen Ausbildung der Aerzte eine gewisse Abhülfe zu schaffen gesucht. Die Kön. Bayrische Regierung hat den obligatorischen klinischen Unterricht in der Psychiatrie schon seit 14 Jahren eingeführt und die Psychiatrie unter die Gegenstände der ärztlichen Staatsprüfung aufgenommen. In dem Prüfungsreglement vom 25. Sept. 1869 ist die Psychiatrie als solche nicht unter den Prüfungsgegenständen enthalten und die Möglichkeit, dass sie unter der Rubrik der „Staatsarzneikunde“ im Schlussexamen berücksichtigt werde, kann der Bedeutung und praktischen Wichtigkeit dieses Faches nicht genügen.

Es wird zwar an verschiedenen deutschen Universitäten ein psychiatrisch-klinischer Unterricht gegenwärtig schon ertheilt (Erlangen, München, Würzburg, Jena, Berlin, Göttingen, Greifswald, Halle); die Mehrzahl derselben entbehrt indessen eines solchen noch, da es an den nöthigen Vorrichtungen für denselben fehlt, und der Nachweis des Erwerbes psychiatrischer Kenntnisse wurde im Norddeutschen Bunde durch das Prüfungsreglement bisher nicht gefordert.

Jetzt, wo dem Vernehmen nach das Königreich Bayern mit den süddeutschen Staaten das Reglement der Prüfung der Aerzte vom 25. September 1869 annehmen wird, wird man also in Bayern fortan auf den Nach-

weis einer psychiatrischen Ausbildung der Aerzte verzichten müssen. Dieser Umstand veranlasst zunächst den Verein der deutschen Irrenärzte gerade jetzt die Bitte um Ausfüllung der gedachten Lücken in der ärztlichen Ausbildung dem hohen Reichskanzleramte auf das Dringendste an das Herz zu legen.

Beschluss. Die Versammlung stimmte dem Antrage *Nasse* mit der Modification bei, dass daneben auch die Irrenanstaltsdirectoren Bayerns ersucht werden, durch das bayrische Mitglied des Bundesrathes in gleichem Sinne zu wirken.

Nach Erledigung der Tagesordnung wurde die diesjährige Generalversammlung geschlossen.

Dr. *Flemming*, als Vorsitzender.	Dr. *Brosius*, 2. Secretär.	Dr. *Laehr*, ständiger 1. Secretär.
Dr. *Roller*.		Dr. *Arndt*.

Neu aufgenommene Mitglieder [1]).

168. Dr. *Cramer*, Director der Cantons-Irrenanstalt Rosegg bei Solothurn.

169. Dr. *Fraenkel*, Director der Landesirrenanstalt zu Dessau.

170. Dr. *Hudlich*, Hülfsarzt der Privatirrenanstalt zu Pankow bei Berlin.

171. Dr. *von Gellhorn*, 2. Arzt der Provinzialirrenanstalt zu Halle.

172. Dr. *Arndt*, Docent der Psychiatrie zu Greifswald.

173. Dr. *Meynert*, Professor der Psychiatrie zu Wien.

---

[1]) cf. Allg. Ztsch. f. Psych. Bd. XXI. Suppl. S. 66. Bd. XXII. S. 208 u. 450. Bd. XXIV. S. 720. Bd. XXV. Suppl. S. 16. Bd. XXVI. S. 706.

Literatur.

Archiv. ital. etc. 1871 H. I. II. III. V. VI.

Die beiden letzten Jahresberichte *Castiglioni's* über die Irrenanstalten der Provinz Mailand haben, obgleich sie einen grossen Theil der Spalten des Archives für 1871 füllen, meines Wissens aus dem Grunde hier nicht Berücksichtigung gefunden, damit sie gemeinsam besprochen werden möchten; wir mögen uns dieser Aufgabe um so weniger entziehen, da diese Berichte auch die letzten aus der Feder des um das Irrenwesen Italiens hochverdienten Mitherausgebers des Arch. ital. sind. *Castiglioni* ist im November vorigen Jahres, 64 Jahr alt, plötzlich gestorben.

Die Bevölkerung der Hauptirrenanstalt, der Senavra unterschied sich 1869 der Zahl nach sehr wenig von der des Jahres 1868. — Sie betrug:

Senavra 1869.

Geschlecht	Bestand	Zugang: Zum 1. Male	Zugang: Rückfällig	Zugang: Aus Mombello	Summa	Insgesammt	Abgang: Geheilt	Abgang: Gebessert	Abgang: Ungeheilt	Abgang: NachMombello	Abgang: Nicht irr	Abgang: Gestorben	Summa	Insgesammt	Verblieben	Verblieben: Insgesammt	Sterblichkeit	Sterblichkeit: Insgesammt
M.	270	105	21	11	407	834	37	25	21	33	—	53	169	324	238	510	13,12	12,72
F.	282	122	10	13	427		36	13	18	33	2	53	155		272		12,44	
Senavra 1870.																		
M.	238	107	22	13	380	815	30	16	13	27	4	56	146	249	234	566	14.73	11,39
F.	272	133	21	9	435		21	4	8	33	—	37	103		332		8,50	
Mombello 1869.																		
M.	148	32	3		183	366	7	5	8	11	—	3	34	67	149	299	1,63	2,45
F.	150	32	1		183		9	1	4	13	—	6	33		150		3,29	
Mombello 1870.																		
M.	149	26	2		177	360	4	2	1	13	—	8	28	63	149	297	4,82	6,38
F.	150	29	4		183		7	1	3	9	—	15	35		148		8,19	

Die Senavra ist bekanntlich ein altes, schlechtes, mit Recht verschrieenes Institut, Mombello, die Filiale, eine neue seit 1865 bestehende Musteranstalt, die den einzigen Fehler hat, dass sie zuweit — 10 ital. Meilen — von dem Mutterhause entfernt ist. — Mombello erhält seine Kranken nur aus der Senavra und schickt, da es nur 300 Kranke aufnimmt, diejenigen, welche für seine Localitäten nicht geeignet sind, dorthin zurück. Deshalb war der wirkliche Bestand in beiden:

1869.	Msc.	Fem.	Sa.
	481	520	1001
Rest	387	442	809
1870.	517	576	1093
Rest	383	480	863.

Was zuerst bei der Bewegung der Geisteskranken in den beiden Häusern auffällt, ist die Ueberzahl der weiblichen Kranken gegenüber den männlichen, ein Verhältniss, welches schon lange in England, Amerika, Russland, Frankreich und Belgien als normales bestehen, in Italien aber erst seit den letzten 2 Jahren aufgetreten sein soll. Den Grund dafür vermuthet *C.* in der grösseren Theilnahme der Frauen am öffentlichen Leben und der daraus entspringenden Freiheit der Bewegung. In den letzten 5 Jahren wurden

Msc. 900; Fem. 925; Sa. 1825 behandelt,

und blieben am Schlusse des Jahres 1870

- 234; - 322; - 566.

Ferner zeigt *C.*, dass die Bevölkerung der Senavra seit 1866 stets gewachsen, im Jahre 1870 dagegen um ein Geringes gefallen ist — und schliesst daraus, dass die Zahl der Irren mindestens nicht unverhältnissmässig zunimmt gegenüber derjenigen des Volkes überhaupt. *Lockh. Robertson*'s Ansicht von der verhältnissmässigen Verringerung der Zahl der Geisteskranken kann *C.* auf Grund der wenigen Beobachtungen natürlich nicht theilen; ebenso wenig die Meinung Derer, welche den Grad der Civilisation des ital. Volkes nach der Zu- oder Abnahme der Irrenbevölkerung bemessen wollen.

Die Zahl der Recidive war im Jahre 1870 grösser als in den Vorjahren und das nicht in Folge der Mehraufnahme von Kranken, sondern hauptsächlich in Folge der zu frühen Entlassungen.

1869 belief sich die Zahl auf: M. 21, W. 10, S. 31, d. i. von 116 geheilt und gebessert Entlassenen 26 pCt., während dieselben früher nur 12—13 pCt. betrugen. Die Recidive geschahen in Zeit von wenigen Tagen, wenigen Monaten, — aber auch erst nach mehreren Jahren sogar erst nach 6, 10, 14, 22 Jahren (?).

Geheilt entlassen wurden 1869:

Männer.	pCt.	Frauen.	pCt.	Summa
44	9,15	45	8,65	8,9

pCt. sämmtlicher Kranken.
8,9.

Desgleichen 1870:

Männer.	pCt.	Frauen.	pCt.	Summa.
34	6,57	28	5	62

pCt. sämmtlicher Kranken.
5,8.

oder wie *C.* berechnet 22 pCt. der neu Eingetretenen und sogar 30 pCt. wenn man von den 31 als gebessert entlassenen Individuen ²/₃ als geheilt betrachtet.

Die Zahl der Gestorbenen belief sich — gegenüber dem wirklichen Bestande

		Männer	Frauen	Summa
im Jahre 1869	auf	56 Männer	59 Frauen	115 Summa
	d. i. -	11,64 pCt.	11,34 pCt.	11,5 pCt.
im Jahre 1870	-	64 -	52 -	116 -
	d. i. -	12,8 pCt.		10,7 pCt.

C. berechnet im Verhältniss zu allen in beiden Häusern befindlichen Kranken 12,72 pCt. für die Senavra und 2,45 pCt. für Mombello im Jahre 1869, ferner 11,39 pCt. für die Senavra und 6,38 pCt. für Mombello im Jahre 1870, und schreibt die geringere Sterblichkeit in letzterer Anstalt der grösseren Salubrität ihrer Räume zu. Auffällig ist ihm jedoch schon im Jahre 1868 gewesen, dass die Sterblichkeit der Frauen in Mombello grösser und zwar noch einmal so gross ist, als die der Männer daselbst; der einzige Erklärungsgrund, den er dafür aufzufinden weiss, ist der Mangel an Arbeit in freier Luft und die sitzende Lebensweise.

Unter den 3 Hauptformen der Geistesstörung war der Blödsinn in seinen verschiedenen Abstufungen am häufigsten vertreten, danach die Tobsucht und unter den Neueingetretenen die Melancholie. — Das, so wie das Verhalten der Formen zu Heilbarkeit und Sterblichkeit giebt nachfolgende Zusammenstellung aus beiden Jahren an.

Krankenbewegung bezüglich der Krankheitsformen während der Jahre 1869 und 1870.

	Bestand.			Zugang.			Bestand und Zugang	Abgang. Geheilt.			Gebessert			Ungeheilt			Gestorben			Summe des Abgangs	Sterblichkeit in Procenten.		
	Msc.	Fem.	Sa.	Msc.	Fem	Sa.		Msc.	Fem.	Sa.	Msc.	Fem	Sa.	Msc	Fem.	Sa.	Msc.	Fem.	Sa.		Msc.	Fem	Sa.
Mania																							
1869	120	158	278	35	36	71	349	18	25	43	14	5	19	8	6	14	13	16	29	105	8,38	8,24	8,30
1870	102	142	244	48	45	93	337	16	14	30	3	1	4	9	3	12	18	18	36	82	12	9,62	10,62
Melancholia																							
1869	103	159	264	34	44	78	342	18	20	38	7	7	14	7	9	16	11	22	33	101	8,05	10,83	9,64
1870	96	145	241	34	59	93	334	14	13	27	5	2	7	6	4	10	13	20	33	77	10	9,8	9,88
Dementia																							
1869	193	115	308	59	52	111	419	6	3	9	10	4	14	15	4	19	32	21	53	95	12,69	12,63	12,64
1870	189	135	324	48	50	98	422	4	1	5	10	2	12	3	4	7	33	14	47	71	13,92	7,56	11,13
Summa	805	854	1659	258	286	544	2203	76	76	152	49	21	70	48	30	78	120	111	231	531	10,84	9,77	10,35

Aus dieser Uebersicht erhellt, dass nicht bloss mehr als ein Drittel der verbliebenen Kranken an Demenz litten, sondern noch mehrere schon bei der Aufnahme diese Form zeigten; das Verhältniss zu den beiden anderen Formen (Manie und Melancholie) war nämlich beim Bestande = 1 : 2,67, bei dem Zugang = 1 : 2,6. Dafür war denn auch der Abgang bei der Demenz, namentlich durch die Todesfälle (100 unter 231) ziemlich beträchtlich. Dass die sogenannten Heilungen und Besserungen nur auf akute Fälle und niedrige Grade von Demenz sich beziehen, ist selbstverständlich, und auch so erscheint die Zahl 40 unter 2203 (d. i. fast 2 pCt.) nicht ungünstig, insbesondere wenn man bedenkt, dass unter 284 im Jahr 1870 aufgenommenen Kranken, 22 sich befanden, die schon 5, 17, 20, 28 Jahre litten, und sehr viele, deren Krankheit schon 9—10 Monate oder 1 Jahr währte.

Unter den allgemeinen Formen Manie, Melancholie, Demenz versteht *C.* diejenige Art von Geistesstörung, bei welcher die Intelligenz in weiterem Umfange getrübt ist, während diejenigen Formen, in denen ein Theil der Intelligenz noch deutlich functionirt, als Mono-Manie, Mono-Melancholie, Mono-Dementia bezeichnet werden, bei denen es sich um Störungen einzelner Vorstellungen, Neigungen und Gefühle, oder um Sinnes-, Sensibilitäts- und Motilitäts Störungen handelt; eine allerdings bequeme Eintheilung, die jedoch den uns geläufigen Begriffen zuwiderläuft. — Unter den Sinnesstörungen waren die Hallucinationen häufiger als die Illusionen — Gehörstäuschungen am häufigsten, — von Sensibilitäts-Störungen Anästhesie öfter als Hyperästhesie; in manchen Fällen waren alle Sinnesorgane gestört. — Epilepsie kam in nicht unbeträchtlicher Anzahl (in welcher ist nicht angegeben) sowohl bei M. als bei Fr. vor, allgemeine Paralyse im Jahre 1869 etwas häufiger als 1868 und 1870, nämlich 16 Fälle 1869 und nur 8 im Jahre 1870. — Zum ersten Male kam dem Vf. im Jahre 1869 ein Fall von Manie mit allgemeiner Paralyse vor, der auf dem Punkte in das Stadium der Demenz überzutreten nicht bloss einen vorübergehenden Stillstand machte, sondern nach und nach in völlige (?) Genesung überging, d. h. der Mann erhielt seine vollen Geisteskräfte wieder (ricomposto nelle sue facoltà mentali), führte ein geregeltes Leben und konnte seinen Geschäften wie früher nachgehen; — gleichwohl blieb ihm ein Stammern der Zunge und Sprache, eine gewisse Starrheit der Augen und ein ziemlicher Grad von Aphasie.

Ueber Syphilis als Krankheitsursache oder Complication hat *C.* nichts Beachtenswerthes beobachtet. Wichtiger erscheint ihm die Pellagra, da *Lombroso*'s Nachweis des verdorbenen Maises als Krankheitsursache eine Umkehr in der Behandlung erforderlich mache. Gänzlich kann sich *C.* von der älteren, durch *Verga* und *Lussana* vertretenen Ansicht, freilich noch nicht losmachen, und zählt im Jahre 1869 unter seinen 159 Pellagrakranken 21 Geheilte und 8 Gebesserte, also 19 pCt. auf, von denen man später erfährt, dass sie nach den neuen Grundsätzen mit Arsenikalien

behandelt worden sind; gestorben sind allerdings auch 20 d. i. 12,5 pCt. Im Jahre 1870 — waren mit dem Rest von 110 Kranken 175 Pellagrose vorhanden, davon wurden 18 geheilt, 6 gebessert entlassen, und starben 31 d. i. 14 pCt. Geheilte und Gebesserte und 18 pCt. Todte. Im Ganzen waren in den letzten 5 Jahren in beiden Häusern 322 Pellagrose behandelt worden und zwar 190 M., 132 Fr. — *C.* glaubte im Jahre 1869 eine Abnahme der Pellagra zu bemerken; — a. 1868 waren nämlich 73, und a. 1869 nur 37 derartige Kranke aufgenommen worden, im Jahre 1870 stieg ihre Zahl jedoch schon wieder auf 65. — Auch scheint seine Angabe, dass die Zahl der Todesfälle unter den Pellagrakranken von der unter den übrigen Geisteskranken nicht eben abweiche, nicht recht zu stimmen, wenn man die Procentsätze der an Pellagra Verstorbenen mit denen in der allgemeinen Uebersicht vergleicht. Die Zahl der Geisteskranken mit Pellagra soll etwas über $^1/_8$ sämmtlicher Geisteskranken ausmachen, die häufigste Form Melancholie sein, und die Sterblichkeit bei Manie und Dementia vorherrschen. — Die meisten Pellagrosen in den 5 Bezirken der Provinz Mailand lieferten die Communen im Umkreis der Hauptstadt und der Kreis Rho. — Aus einer Tabelle über das Alter der Geisteskranken in beiden Häusern im Jahre 1869 und 1870 ersehen wir nur, dass das männliche Geschlecht die meisten Kranken in dem Alter von 30—50 Jahren, das weibliche in dem von 25 bis 55 Jahren aufzuweisen hat, und unter diesen wieder das Quinquennium von 40 bis 45 am reichlichsten bedacht ist.

Die Tabellen über den Familienstand ergeben, dass unter den geisteskranken Verheiratheten und Verwittweten die Frauen, unter den Ledigen die Männer die Mehrzahl bilden.

Die Ledigen stellten in beiden Jahren das doppelte Contingent von dem der Verheiratheten, die Verwittweten den 9. Theil aller Kranken, ausschliesslich derer, welche das 20. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. — Diese Verhältnisse, welche nach *C.*'s Beobachtung so constant sind, dass sie keine Ausnahme erleiden, sollen sich auch bei den Entlassungen und Todesfällen wieder finden, so dass man in den relativen Zahlen gleichsam Normalzahlen gewinnen könnte. Als Beleg soll die nachstehende Tabelle dienen, in welcher gleichwol die vom Ref. berechneten Procentzahlen in den beiden Jahren ein sehr verschiedenes Aussehen besitzen.

Familienstand der Kranken in den beiden Irrenanstalten der Provinz Mailand in den Jahren 1871 und 1872.

	Bestand am 1. Jan.		Zugang		Entlassen		Gestorben		Verblieben am 31. Decbr.			Summe des Bestandes u. Zugangs		Procentzahl der Entlassenen		Procentzahl der Gestorbenen	
	M.	F.	M.	F	M	F	M	F	M.	F.	Sa.	M.	F.	M	F.	M.	F
Ledig																	
1869	288	226	107	97	88	63	31	26	276	234	510	395	323	22,3	19.5	8	8
1870	276	234	68	77	51	23	39	23	254	265	519	344	311	14,88	7,4	11,3	7,4
Verheirathet																	
1869	98	152	46	62	46	54	18	21	80	139	219	144	214	32	25,23	12,5	9[illegible]
1870	80	139	52	53	16	12	20	21	96	159	255	132	192	12,12	6,25	15,15	10[illegible]
Verwittwet																	
1869	32	54	19	18	13	11	7	12	31	49	80	51	72	25,5	15,41	13,72	16[illegible]
1870	31	40	10	24	3	9	5	8	31	56	89	41	73	7,31	12,33	12,2	10[illegible]

Uebrigens kann die vorstehende Tabelle zugleich als Illustration zu *Verga*'s Vorlesungen über den Einfluss des Familienstandes auf das Irrsein wenigstens theilweise dienen (vgl. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIX. H. 5.).

Die Liste der Gewerbe, welchen die in den beiden Jahren in den mailändischen Anstalten vorhandenen Kranken angehörten, zeigt, dass im Jahre 1869 nahezu die Hälfte sämmtlicher Kranken dem Ackerbaustande angehörte, nach *C.*'s Erklärung, aus dem Grunde, weil die Anstalten fast nur Arme aufnehmen. Im Jahre 1870 war das Verhältniss etwas geringer, — in beiden Jahren jedoch überwog die Zahl der Frauen vom Lande die der Männer nicht unbedeutend. Von der städtischen Bevölkerung wurden vorzugsweise Nätherinnen, Schuhmacher und Maurer gestellt.

Ueber die Aetiologie liegt in den Berichten kein statistisches Material vor. *C* hält es indess für sicher, dass in $^2/_3$ der Fälle rein körperliche Verhältnisse und nur in $^1/_3$ psychische Reize die Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit gaben, unter den letzteren sei die Eifersucht häufigere Ursache bei Männern, als bei Frauen; unter den ersteren Abusus spirituosorum und in venere häufiger bei Männern, Pellagra und Epilepsie gleich häufig bei beiden Geschlechtern. Erbliche Anlage zeigte sich im Jahre 1870 öfter vom Vater, als von der Mutter her übertragen; vom Vater häufiger auf die Söhne, von der Mutter häufiger auf die Töchter. Bei erblicher Anlage von Vaters- und Mutterseite werden doch die Söhne vorzugsweise betroffen.

Die Behandlung wurde mit der in den Berichten überall sich aussprechenden Umsicht geleitet, ohne Vorurtheil für oder gegen die bekannten Mittel. Bromkali verminderte die Zahl und Heftigkeit der epileptischen Anfälle, — beruhigte auch die maniakalischen; ebenso Chloralhydrat, welches nach Umständen in Dosen von 1, 2, 3 Grammen, ohne je Nachtheil davon zu sehen, gereicht wurde und meistens Schlaf oder Ruhe bewirkte, bisweilen indess auch den Dienst versagte, wo dann Opium und Morphium helfen mussten. — Ueber Arsenik bei Pellagra — von *Lombroso* empfohlen — liess ein definitiv günstiges Urtheil sich noch nicht abgeben. — Auch örtliche und allgemeine Blutentziehungen und Zwangsmittel wurden gelegentlich nicht verschmähet. Die meisten Erfolge aber glaubte Verf. der zweckmässigen Beschäftigung besonders im Freien zu verdanken. In Mombello wurden über $^2/_3$, also über 200 der Kranken immer beschäftigt; in der Senavra nur $^1/_3$, also 150, — weil hier die unruhigeren Kranken verbleiben. Beiläufig sei erwähnt, dass der Reinertrag der Frauenarbeiten dort auf 4982 Lire, hier auf 6507 L., der der Männerarbeiten dort auf 2727 L., hier auf 7407 L. berechnet einen Jahresertrag von ungefähr = 5795 Thlr., d. i. c. $15^1/_2$ Thlr. für jeden der 350 Kranke ergiebt. — Schliesslich noch Einiges über die zufälligen Krankheiten. Ihre Zahl war, wie gewöhnlich, ausserordentlich gross in der Senavra: 685 Krankheitsfälle unter 834 Kranken im Jahre 1869 und 586 unter 815 im Jahre 1870. Allerdings litten mehrere Individuen 2 und 3 Mal im Jahre, gleichwol war doch nur $^1/_3$ der Kranken von den allerhand Leiden verschont geblieben, welche das die Senavra umgebende Sumpfmiasma hervorbringt.

Mehr als $^1/_3$ dieser Zufälle bestand in Intermittens tertiana und zwar sind es — wie aus den Tabellen ersichtlich ist — zum allergrössten Theile die Neuaufgenommenen, die davon befallen werden; so im Jahre 1869 nur 5; im Jahre 1870 nur 7 vom Bestand, dagegen 259 resp. 186 vom Zugang, wovon denn auch 14 resp. 5 starben. Die nächsthäufigen Krankheiten waren Hirncongestionen (?) und zwar 1869 — 45 Fälle mit 6 Todesällen, — 1870 — 58 Fälle und 10 Todte; — Diarrhoe — 1869 — 86 Fälle mit 20 Todten; — 1870 — 82 Fälle mit 25 Todten. Von Typhoid wird nur ein Fall erwähnt, ebenso von Variola 1, dagegen 9 Variolois; von Erysipelas — 1869 — 27 Fälle — 1870 — nur 9 Fälle mit je einem Todesfall — endlich Ophthalmia granulosa 26 resp. 11 Fälle. In dem günstiger gelegenen Mombello betrug die Zahl der Erkrankungen nur circa $^1/_8$ von der der Insassen; aber es erkrankten in weit grösserer Menge Frauen als Männer (nämlich 33 M. 85 F.) — und waren die vorwaltendsten Formen febrile Magen-Darm-Catarrhe (24 Fälle), Diarrhoe 5 Fälle, rheumatische Fieber 7, Fussgeschwüre 7, Erysipelas 6, Pneumonie 4 im Jahre 1869; — und Erysipelas 14, Diarrhoe 11; Febr. gastr. 9, Pneumonie 5 im Jahre 1870.

Lombroso erzählt einen Fall von Veitstanz mit Stehlsucht bei einem 42jährigen pellagrosen Landmann, den er aus dem Zuchthause er-

löste, wohin ihn die Geschworenen von Mailand auf 16 Monate geschickt hatten, um mehrerer während der Anfälle begangener kleiner Diebstähle willen. Die Anfälle kamen seit 20 Jahren während des Sommers, dauerten 5—7 Tage hintereinander und bestanden in Drehbewegungen und Geradauslaufen in bewusstlosem Zustande, bis er für mehrere Tage in Schlaf versank, ohne Nahrung zu sich zu nehmen. Einmal war er 24 ital. Meilen in einem Strich fortgelaufen. Unterweges raffte er auf oder zerstörte, was ihm in die Hände fiel. Während der Criminal-Untersuchung gab er jeden Punkt der Anklage, ob wahr oder unwahr, zu, u. A. dass er für 50 Franken Zwiebeln gestohlen habe, deren Werth höchstens 1/2 Fr. betrug. Dass er schon seit dem 18. Lebensjahre an Pellagra litt, noch von Erythem und Chloasmen bedeckt war, dass er 2 Mal in Mailänder Irrenhäusern gesteckt, dass seine Geschwister ebenfalls an Pellagra, seine Mutter ausserdem an Delirien gelitten, — wurde entweder von der Vertheidigung oder vom Gericht nicht beachtet. Fiat justitia, pereat mundus!

Echinococcus des Gehirns ist in Italien selten. Der Prosector am Mail. grossen Spital Dr. *Ach. Visconti* beschreibt einen Fall bei einem 18jährigen Wollkrämpler, früheren Maurer. Nach *Küchenmeister* kommt E. meist bei Fleischern vor. Sitz nicht in den Ventrikeln, — sondern im rechten hinteren Grosshirnlappen. Symptome: Neuralgie des Trigeminus, bes. des r. Ophthalm. in den letzten 3 Tagen: — Doppeltsehen, Brausen im rechten Ohr, unsicherer Gang und ein wenig Opisthotonus. Dagegen fehlten: Gedächtnissschwäche, Hemiplegie, Anästhesie und epileptiforme Anfälle. Die Mutterblase war sehr umfangreich, 9 Cm. im Durchmesser.

Die Zahl der im Biennium 1867—68 in den verschiedenen italienischen Anstalten befindlichen geisteskranken Militärpersonen betrug — nach *Baroffio* — 353.

Seine Vorlesungen über den Einfluss der Ehe, des Cölibates und des Witthums auf das Irrsein beschliessend (cf. *Pelman*'s Referat in den vorigen Heften dieser Zeitschrift) erhebt *Verga* die Frage nach der Ursache des bei Weitem häufigeren Vorkommens von Irrsinn bei verwittweten Frauen als bei dergl. Männern. In Italien wie in Frankreich und Deutschland könne man zahlreichen statistischen Erhebungen zufolge die Verhältnisszahlen 2 : 1 für irrsinnige Wittwen und Wittwer annehmen. Den Grund dafür habe man in der schwächeren Constitution, in der Schwierigkeit des Erwerbs für Frauen, namentlich wenn sie mit der Sorge um Erhaltung einer Familie belastet sind, gesucht; nur Eines habe man nicht bedacht, nämlich, dass die Zahl der Wittwen überhaupt und überall noch einmal so gross gefunden wird, als die der Wittwer, und demnach auch das Verhältniss der irrsinnigen Wittwen zu dem der irrsinnigen Wittwer kein unnatürliches ist (i. J. 1861 gab es im Königr. Italien 432,864 Wittwer und 998,971 Wittwen). Bemerkenswerth ist dabei, dass die sich

wieder verheirathenden Frauen zu den verwittweten Männern, welche eine zweite Ehe eingehen, in Italien sich verhalten wie 9 : 19.

Eine andere Frage ist, ob die Wohlhabenheit und höhere Lebensstellung einen Einfluss auf das häufigere Vorkommen des Irrseins bei verwittweten Frauen haben. Allerdings ergeben die Privat-Anstalten von Mailand, Turin und Neapel unter 1078 Irren 84 Wittwer und 68 Wittwen. Der Einfluss der Wohlhabenheit scheint mithin die Verhältnisszahl von 1 : 2 auf 1 : 3 herabzustimmen. Indess auch das ist nur Schein, denn unter den 1078 Irren waren 725 männlichen und nur 353 weiblichen Geschlechts, wonach die Zahl der irren Wittwen derjenigen der Wittwer höchstens gleich kommen müsste, während sie in Wirklichkeit dieselbe um 20 übersteigt. Die Häufigkeit des Irrseins bei den Wittwen der besseren Stände ist demnach bedeutender als bei den Armen; ein Ergebniss, welches wenigstens der landläufigen Ansicht von der schlechten Ernährung als ätiologisches Moment des Irreseins direkt widerspricht.

Ueber den Einfluss das Civilstandes auf die Form des Irrseins erfahren wir Folgendes: Bei den Ehelosen erscheinen vorzugsweise die angeborenen oder in erster Jugend entstandenen Formen der Idiotie, des Schwachsinnes, des Cretinismus und epileptischen Irrseins — welche eigentlich umgekehrt den häufigsten Grund für das Cölibat abgeben; bei den Verehlichten waltet auf männlicher Seite die Melancholie und allgemeine Paralyse, auf weiblicher die Manie vor; bei den Verwittweten Melancholie, Stumpf- und Blödsinn und Melancholia maniacalis, d. h. Verfolgungswahn mit Unruhe und Mordlust (p. 142), namentlich bei Frauen, in welchem Falle die Selbstmordversuche so häufig und häufiger als bei den Cölibatären, — trotz der gäng und gäben Ansicht darüber — vorkommt.

Den Ausgang der Krankheit betr. ergiebt sich aus den statistischen Berechnungen der DDr. *Gebbia* in Palermo, *Berti* und *Salerio* in Venedig, *Brocca* und *Grilli*, dass das Irrsein bei verwittweten Personen weniger günstig für die Heilung ist und häufiger zum Tode führt, als bei gänzlich Ehelosen und bei Verheiratheten.

V., der Anatom und Junggesell par excellence, der mit rührender Beredtsamkeit den Verlust seiner zwei jugendlichen Schwestern schildert, warnt zum Schluss seine Zuhörer in eindringlichster Rede vor der Weichlichkeit des Gemüthes, welche im Jenseits die mit dem leiblichen Tode aufgegebene Individualität wiederzufinden hofft, und darüber die Pflicht gegen die Sterbenden vergisst, an deren Lager der Jüngling die ernstesten Lehren für das Leben gewinnt.

Prof. *Livi* theilt sein Gutachten in einer vor dem Zuchtpolizeigerichte zu Siena verhandelten Verleumdungsklage mit, in welchem er den Nachweis liefert, dass die vom Volke längst als Närrin bescholtene, überdies epileptische Verleumderin unzurechnungsfähig sei, und in Folge dessen die letztere freigesprochen wird. — Der Fall schliesst sich einigermaassen einer neuen psychischen Krankheitsform an, auf die zuerst *Verga* aufmerk-

sam gemacht hat in einem Vortrage vor dem lombard. Institut der Wissenschaften, — der Monomania bestommiante — zu deutsch etwa „Schmähsucht“. — In Arch. it. H. 4 finden wir schon entsprechende Mittheilungen von *Girolami* aus Rom, welcher zwar eine besondere derartige Form zugiebt, indess mit dem gegebenen Namen rechtet, und von *Zani* aus Reggio — und dürfen wir erwarten, dass die nächsten Hefte mit Krankengeschichten von Gotteslästerern und Schmähsüchtigen überfluthet werden.

H. 4 enthält ein Gutachten von *Biffi* und *Valsuani* über einen gewissen Introssi, der, in einem Anfalle von Mania transitoria mit Hallucinationen, einen Anderen ermordet hatte. Die Beurtheilung war besonders dadurch schwierig, dass der Mörder ein trunksüchtiger Mensch und der Mord beim Weggang von einem Trinkgelage geschehen war; — das Gericht erkannte indess die Unzurechnungsfähigkeit an und überliess den Kranken einer Irrenanstalt.

Unter den kleineren Mittheilungen und Auszügen sind *Lombroso*'s Mittheilungen über einen Fall von Myelitis granulosa — *Westphal*'s Körnchenzellen — bei einem Pellagrosen und über das häufige Vorkommen von Hautleiden bei Irrsinnigen, hervorzuheben, endlich die Hinweisung auf Prof. *Tebaldi*'s Schilderungen des Zustandes der Irren in den venetischen Landen und seine energischen Forderungen zur Verbesserung der Lage auf Grund des Gesetzes von 1865, welches Errichtung von Provinzial-Irrenanstalten verlangt, mit deren Bau allerdings in Venedig selbst — S. Clementi — begonnen zu werden scheint.

Prof. *Verga* hält es nicht für überflüssig daran zu erinnern, dass die psychiatrischen Lehrbücher gegenwärtig gar zu wenig mit den Begriffen sich befassen, die ihrem Gegenstande zu Grunde liegen, der Seelenarzt müsse sich doch mindestens darüber Rechenschaft geben können, was er unter den Ausdrücken: Mente, Anima, Spirito, deren Störungen er behandelt, zu verstehen habe. Zu diesem Behufe leitet *V.* den 9. Jahrg. seines Archives mit einem durch die 3 ersten Hefte sich hindurchziehenden geschichtlichen Vortrag ein, den er einen Ausflug auf das Gebiet des Animismus nennt und mit welchem er seine diesjährigen Vorlesungen am Ospedale grande zu Mailand begonnen hat. Unter Animismus wird die Wissenschaft von der Seele, im Gegensatz zu der der Materie, welche letztere von Einigen „Abanimismus“ genannt worden sei, verstanden. — Der Vortrag giebt in möglichst objectiver Form die scharf geschnittenen Umrisse der Vorstellungen und Lehren von Geist und Seele, wie sie in den Köpfen der Naturforscher von Pythagoras an bis fast auf den heutigen Tag sich producirten, ergänzten und aufhoben, — ein Process, dessen Akten natürlich nicht eher geschlossen werden, als bis die Infallibilität Eines herrschenden Geistes über den Erdkreis zur Anerkennung gelangt ist. Der gelehrte Verf., zu sehr Anatom und Physiolog, um seine Zuhörer bis auf

jenen jüngsten Tag zu vertrösten, überlässt es dem Vermögen der Einzelnen, sich mit den Doctrinen der Metaphysiker so gut es geht abzufinden, um es am Ende gehen zu lassen, wie's Gott gefällt. Sein Schluss lautet: „Es ist gut und weise mit peinlichster Sorgfalt die „Erscheinungen" in den Lehrbüchern aufzuzeichnen, ohne seine Zeit damit zu verlieren, dass man der Qualität und noch weniger dem Wesen der Seele nachspürt." „Scheint auch die Seele ein wenig durch unsere Studien zu verlieren, so gewinnt doch der Mensch dadurch und stellt sich als Inbegriff des Erschaffenen und als König der Natur dar."

Aerztliche Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände und Berichte aus und über ital. Irren-Anstalten füllen den grössten Theil des Raumes der 4. Hefte aus, über die nachstehend im Zusammenhange berichtet werden soll. H. 3 enthält die Statistik von S. Servolo in Venedig während des Trienn. 1868—1870, von *P. Salerio*. — Ueber das in seiner Art einzige Institut, welches mitten im Wasser der Lagunen liegt, nur Männer aufnimmt und von barmherzigen Brüdern geleitet wird, wie denn auch der Oberarzt *P. Salerio* selbst Mönch ist, vergl. den interessanten Reisebericht des Herausgebers d. Z. in Bd. XXVII. 1. 2. pag. 189 und *Griesinger*'s Archiv Bd. I. H. 2.

Am Schlusse des Jahres 1867 war ein Bestand von 397 Kranken geblieben, unter denen 183 an Mania, 77 an Melancholie, 117 an Dementia, 13 an Monomanie und 7 an Idiotie litten. Der Zugang bestand in den 3 nächsten Jahren in 445 Kranken, also in einem Totale von 842, von denen 205 geheilt, 45 gebessert das Haus verliessen, 145 starben, — (was einen Procentsatz von 17,22 pCt. ergiebt). Der Bestand betrug am Schlusse 1870 gerade ebenso viel wie die Summe des Zugangs = 445. Aus den specificirten Krankheitsformen mögen erwähnt seien: 12 Fälle von Folie raisonnante, 29 von Mania intermittens, 6 M. circularis, 9 M. homicida, 2 M. suicida und 21 Fälle von M epileptica; von Melancholie 21 Fälle mit Neigung zu Selbstmord, 14 mit Neigung zu Mord, 8 Fälle mit solcher zu Mord und Selbstmord, 12 mit Brandstiftungstrieb, 8 mit Zweifeln und Missverständniss der Religion, 29 Fälle von Mel. attonita. Unter den Krankheits-Ursachen zählt *P. Salerio* — Erblichkeit in 127 Fällen, angeborenes Irrsein in 55 Fällen, Abusus spirituos. in 76 Fällen, Epilepsie in 56 F., Pellagra in 148 F., Kopfverletzungen nur in 4 F., politische Leidenschaften in 2, unbekannte Ursachen in 50 F. auf. —

In etwas unvermittelter Weise rubricirt der Verf. auch die Paralysis progressiva mit 33 F. unter die Ursachen, wo ausserdem Cerebro Spinalleiden mit 23, Herzleiden mit 22 F figuriren.

Unter den Todes Ursachen waren am häufigsten:

Paralyse in 28, Schwindsucht in 26, Lungenphthise in 19, Marasmus pellagrosus in 17, Epilepsie in 13 Fällen, so dass von 145 Todesfällen 45 (i. e. 31 pCt.) auf Consumtionsleiden fielen.

Es ist interessant zu hören, wie ein Priester, der zugleich Arzt und

Leiter einer grossen Staatsanstalt ist, über die socialen Fragen des Irrseins sich vernehmen lässt, welche in Italien gegenwärtig noch lauter als in anderen Ländern erklingen. „Ich kann nicht behaupten, sagt *P. Salerio*, dass die Zahl der Irren im Verhältniss zur Bevölkerung sich absolut vermehrt habe, ich weiss nur so viel, dass sie seit meiner Amtsführung in S. Servolo sich gerade verdoppelt hat — und zwar in Folge der Anhäufung der chronischen Fälle und der verminderten Furcht vor den Irrenanstalten; andererseits befördern indess auch die Zunahme von Armuth und Elend den Zudrang zu allen Wohlthätigkeitsanstalten, ohne damit sagen zu wollen, dass die Familienbande sich mehr und mehr lockern." Ob das Irrsein im Gefolge der Freiheit sich vermehrt habe, davon bekennt *P. S.* nichts zu wissen. Der Einfluss der Bildung (Civilisation) aber zeige sich darin, dass Eigenart und Aeusserungen des Deliriums seit 20 Jahren sich wirklich verändert haben, indem letzteres das Gepräge der herrschenden Ideen und Leidenschaften trägt. „Nicht der wahre Fortschritt, der ein Naturgesetz ist und die wahre Bildung, welche das Laster, Verbrechen und die Krankheit bekämpfen, tragen die Schuld daran." — „Man vernimmt jetzt Gedanken und Worte von Freiheitswahn, Mangel an häuslichem Sinn, Abscheu vor dem Princip der Autorität — sogar der elterlichen, — eine Gleichgültigkeit gegen Religionsgrundsätze u. s. w. u. s. w." Gleichwohl zählt der Verf. unter seinen 842 Fällen nur 2 durch politische Aufregung und 8 durch Missverstand der Religion bedingte auf. Ob der Missbrauch der Spirituosen mit der angeblich fortgeschrittenen Entsittlichung in Beziehung steht, wie das in Frankreich der Fall, ist aus dem Vorliegenden nicht ersichtlich.

In 30 erblichen Fällen waren die Eltern der Kranken trunksüchtig. Die Erblichkeit datirte übrigens in 45 Fällen von mütterlicher, in 94 von väterlicher und in 7 Fällen von beiden Seiten her; in 27 Fällen wurde das Irrsein bei den Seitenverwandten notirt. Recidive kamen 43 vor, d. i. 5 pCt.

Die Verminderung der Todesfälle, früher 50—70 des Jahres — jetzt 40—50 — schiebt Verf. vorzugsweise der reichlicheren Beköstigung zu. Chinin in kleineren und lang fortgesetzten Gaben gebraucht er als Sedativ für Nerven und Gefässsystem, Digitalis mit Opium in Melancholien mit Präcordialangst und Hallucinationen. Vom Kal. bromat., sogar in grossen Dosen hat er die gerühmten Vorzüge nicht gesehen. Chloral begünstige die passiven Congestionen in der Lunge und rufe Intestinal-Reizung bei dazu Disponirten hervor.

Die Kosten für 1 Kranken betrugen täglich 1 L. 34 C. gegen 1 L. 31 C. im Triennium 1865—67; die für Beköstigung allein c. 72¼ C., also mehr als die Hälfte aller übrigen Spesen und zwar etwa 5 Sgr. 5½ Pf.

Aus dem letzten Jahresberichte des kürzlich verstorbenen Ritters Dr. *v. Dreer*, die Irrenanstalt in Triest betreffend, heben wir hervor:

Während des Trienniums 1868—70 befanden sich in der Anstalt 232 Kranke und zwar 157 Männer 75 Frauen. Als Bestand aus den Vorjahren waren darunter 59 M. 26 Fr. Sa. 85. — Geheilt wurden 45 M. 16 Fr. Sa. 61. Gebessert 18 M. 7 Fr. Sa. 25. Ungeheilt entlassen 3 M. 1 Fr. Sa. 4. Gestorben: 20 M. 10 Fr. Sa. 30. Verblieben: 65 M. 38 Fr. Sa. 103. Recidive in 3 Jahren 21. — Das städtische Element ist in Triest stärker vertreten, als das der Landbevölkerung und zwar im Verhältniss von 3 : 2 — ebenso treten die sog. moralischen Ursachen der Erkrankung hier auffallender hervor, als anderwärts, etwa in 38—39 Fällen von 100. — „Bei den wohlhabenden Ständen ist es die Sucht unserer Zeit, durch grossartige Speculation reich zu werden und sich in Vergnügungen jeder Art zu stürzen, die in einer Handelsstadt natürlichen Schwankungen auf financiellem Boden und der Widerstreit der conservativen Ideen mit den neuen; bei den Armen: Trunksucht, Elend, Leidenschaften, Sonnenstich und Pellagra“, welche der IA. die meisten Kranken zuführen. Pellagrakranke kommen übrigens nur aus dem Friaul. — In der Klasse der Dienstboten sind die weiblichen zahlreicher vertreten als die männlichen. — Erblicher Einfluss zeigte sich in 58 Fällen (d. i. 25 pCt.) und zwar in 18 von väterlicher, in 23 von mütterlicher Seite, in 17 Fällen ohne bestimmte Angabe. Die Heilungen beliefen sich auf fast 67 pCt., — in den nächst vorhergegangenen Quinquennien auf 65 pCt. resp. 60 pCt. (subcutane Morphium-Injectionen leisteten dem Verf. am meisten). Die Todesfälle betrugen 24,19 pCt, in dem voraufgegangenen Quinquennium 26,61 pCt. und von a. 1858 bis 1862 sogar 32,72 pCt.

Ueber die Irrenanstalt zu Ancona in den J. 1868 bis 1870 berichtet der dirigirende Arzt Ritter *Mencucci*:

Krankenbestand zu Anfang des Triennium war:	M.	121	Fr.	87	S.	208
Zugang in den 3 Jahren	-	145	-	102	-	247
Gestammtbestand	-	266	-	189	-	455

Davon starben 48 M. 24 Fr. Sa. 72 mithin etwas weniger als 20 pCt. — Von den 24 beigegebenen statistischen Tabellen theilt der Ref. *Biffi* nur diejenige mit, aus welcher hervorgeht, dass während eines 31jährigen Bestehens der Anstalt vom J. 1840 bis 1870, in dieselbe 1824 Kranke eingetreten, 1206 geheilt oder gebessert entlassen worden und 421 gestorben, dass also von einem durchschnittlichen Jahresbestande von fast 59 Kranken — 66 pCt. geheilt oder gebessert und 23 pCt. gestorben sind.

Dr. *Gonzales*, Arzt an der Senavra in Mailand, theilt Beobachtungen über die Wirkung des Kal. bromatum bei Epilepsie mit. Das Ergebniss derselben an 20 (allerdings alten und vielbehandelten) Fällen ist: a. Die Häufigkeit der Anfälle und nicht selten auch ihre Intensität wird durch das Mittel vermindert; b. die Anfälle verschwinden oft Monate lang und treten dennoch, auch bei sorgfältigster Behandlung, plötzlich wieder

ein; c. die beste Methode ist, mit nicht zu geringen Gaben (c. 3 Gramm p. die) anzufangen, abwechselnd zu steigen (bis 15 Gramm) und zu fallen.

Lorenzo Monti, über den Zustand der Irren in der Provinz Ascoli. — Im alten Sabinerlande östlich von der Adria, westlich vom Apennin begrenzt, auf fruchtbarem Boden, in mildem Clima ist die durch Gütertheilung wenig wohlhabende Bevölkerung zwar gesund, aber sehr unwissend und übertrieben religiös abergläubisch, — zählte beispielsweise unter der bisherigen römischen Herrschaft 87 pCt., die nicht lesen konnten. Am 30. Juni 1871 ergab die Zählung 108 Irre (60 M. 48 Fr.) d. i. 1 Irrer auf 1849 Einwohner, während im übrigen Italien, und besonders im Mailändischen, 1 Irrer auf 1500 Einwohner gezählt wird. Die Bewegung in den 3 Anstalten von Ascoli und Fermo verhielt sich vom 1. Juli 1861 bis dahin 1871 folgendermaassen: Bestand: 20 (9 M. 11 Fr.), Zugang 296 (165 M. 131 Fr.), Abgang 141 (86 M. 55 Fr.), Todesfälle 67 (28 M. 39 Fr.), Verblieben 108 (60 M. 48 Fr.). Von letzteren 108 kamen auf je 1000 Einwohner der gesunden Bevölkerung 0,52 Unverheirathete, 0,40 Verheirathete und 1,59 Verwittwete, worin *M.* eine Bestätigung des *Verga*'schen Satzes findet, dass der Wittwenstand am meisten zum Irrsein disponire. Die meisten Aufnahmen geschahen im Sommer, die meisten Heilungen fanden in den mittleren Jahreszeiten, die meisten Todesfälle im Winter statt. Die Geheilten betrugen 38,92 pCt., die Gestorbenen 21,20 pCt. Allgemeine Paralyse kam in den 10 Jahren in 7 Fällen vor (6 M. 1 Fr.); unter den Ursachen wird Erblichkeit in 15 F., angeborener Irrsinn in 26 F., Trunksucht in 38, Noth in 39, Epilepsie in 10 Fällen angeführt. — Unter den 316 Kranken hatten 10 eine höhere Bildung, 45 konnten lesen und schreiben, 6 nur lesen, 255 weder lesen noch schreiben.

Prof. *Bini*'s Entwurf zu einem Reglement für die I.-A. zu Florenz — enthält nicht nur interessante Mittheilungen zur Geschichte dieses von den Carmelitermönchen *Albert Leoni* und *Joh. Diciotto* im Jahre 1645 begründeten Institutes, welches a. 1788 145 Kranke in S. Bonifazio unter *Chiarugi*'s Leitung und im Jahre 1860 mehr als 600 Kranke vereinte, — sondern auch über das Irrenwesen des geeinigten Italiens überhaupt, wo der Staat als solcher die Fürsorge den Provinzialständen überlassen hat und „Advokaten und sonstige respectabele Persönlichkeiten, die von ärztlichen Dingen freilich wenig verstehen, das grosse Wort führen.“ Ein Hauptmangel ist, dass die Regierung bisher ein für alle Provinzen allgemein gültiges Gesetz noch nicht gegeben hat und überall die localen Traditionen und Missbräuche gelten lässt.

Noch ärgerlicher ist der Streit um die Gebrechen der neuen I.-A. der Provinz Neapel, welche Prof. *Miraglia*, früher Director der Anstalt in Aversa, in einer eigenen Schrift (Il nuovo manicomio provinciale di Napoli. 1871) hervorhebt. Während das übrige Italien 30 grössere und 7 kleinere Anstalten besass, gab es für die 15 Provinzen des weiland Königreiches Neapel mit seinen 4—5000 Irren nur das eine Aversa in der Terra

pi Lavoro, wohin sogar St. Neapel bis zum Jahre 1870 seine Kranken schickte. Seitdem haben die Provinzialstände provisorisch 200 Kranke in ein unpassendes Local — in Madonna dell' Arco, — wo es unter Andern am Wasser fehlt, verlegt.

Prof. *Livi* schildert, in welchem erbärmlichen Zustande die Anstalt zu Reggio in der Emilia i. J. 1869 sich befand. Zwangs-Zellen, -Betten, -Badewannen, -Jacken, -Brustriemen, Handschuhe, Müffe, Handschellen, Halsriemen, Spannketten (pastoja), Gürtel, Maulkörbe, — Alles das wurde bei den armen Kranken angewendet, die zum Theil nackt, zum Theil im Hemde, auf Stroh oder auf stinkenden Zwangsstühlen umherlagen, sich selbst überlassen, reich und arm, lärmende und ruhige, Alle durcheinander. Der damalige alte Arzt behauptete, es ginge nicht anders. Sein Nachfolger, Dr. *Zani* aus Bologna, hatte die grösste Mühe, einem unwissenden Wärterpersonal gegenüber, diese Zustände zu ändern. Jetzt sind alle Kranke frei und entfesselt. — „Unter dem alten Regime war kaum der Schatten eines Gewerbes zu erblicken: — jetzt finde ich Schmiede, Tischler, Schneider, Schuhmacher, Kranke, die in der Küche, in der Wäscherei, beim Brodbacken, bei den Feldarbeiten, solche, die mauern, Holz spalten, ja sogar die Pförtner-, Aufseher- und Lehrerdienste verrichten, ausserdem Frauen, die spinnen, weben, nähen, stricken, in den Gärten helfen, und die Seidenwürmer besorgen. — Mit der Arbeit ist Ordnung, Zucht, Ruhe, Zufriedenheit in die Anstalt eingekehrt. Einige Kranke gehen frei aus, besuchen täglich die Kirche in der Stadt und desgl. Allerdings sind schon Entweichungen vorgekommen, — das ist indess auch bei der Zwangsherrschaft geschehen und was schadet es, wenn die Kranken ungefährlich und ruhig sind? — Uebrigens gingen damit Hand in Hand zahlreiche Verbesserungen in allen Einrichtungen des Hauses, — und alles dieses geschah binnen 9 Monate, — allerdings mit Hilfe einer Summe von 90,000 Fr.

Die (neue) Provinzial-Irren-Anstalt von Novara liegt, — nach Dr. *Ponza*'s Beschreibung — dicht vor der Stadt, hat 130 Met. Front, 154 M. Tiefe, umschliesst 31,600 □M., wovon 12,000 für Wege, Höfe, Gärten dienen und wird ausserdem noch 25,000 □M. Aecker erhalten, so dass ihr ganzer Raum etwa 6 Hectaren beträgt. Die Form des 3stöckigen Gebäudes ist ein Parallelogram, — die Abtheilungen und 14 innere Höfe durch Pavillons getrennt, diese durch Gallerien verbunden, — das Administrationsgebäude in der Mitte. Unter allen Gebäuden fortlaufende, durch Gallerien verbundene, gut gelüftete und beleuchtete Souterrains geben genügenden Raum für Küche, Speisekammer, Bäder, Eiskeller, Waschmaschinen, Heizungs-Material und Vorräthe. Die im Centrum befindliche Küche ist für die Kranken unzugänglich, entsendet durch die mit Geleisen versehenen Gallerien das Essen, welches in die verschiedenen Stockwerke durch eigenthümliche Mechanismen gehoben wird. Gasbeleuchtung, Wasserleitung durch eine Dampfpumpe, Waterclosets an den Ecken der Pavillons; — Wasserabfluss in die vorüberfliessende Cunetta. Das Haus für die Toben-

den ist einstöckig. — Die Schlafräume der Kranken befinden sich in den oberen Stockwerken, bekommen 60 Cm. atmosphärische Luft auf jeden Kopf; die Betten stehen 1 Meter von einander entfernt. — Statt der Eisengitter sind Jalousien vor den Fenstern angebracht, die ausser dem Bereiche des Kranken, aufgezogen und niedergelassen werden. Für 350 Kranke beiderlei Geschlechtes wird der Bau, wenn fertiggestellt, eine Million Fr. kosten.

Auch Parma wird in dem ehemaligen Herzogl. Palast eine neue Irren-Anstalt für seine 150 Kranken erhalten. Wenigstens haben die Provinzialstände 90,000 Fr. zum Ausbau der Räumlichkeiten für 250 Kranke — bewilligt und den Dr. *Lor. Monti*, früher in derselben Eigenschaft an der Anstalt zu Fermo, zum Director designirt.

Die neue Irrenanstalt der Provinz Cuneo in Racconigi wurde im November 1871 eröffnet und zählte 156 Kranke.

Heft 2 enthält das ärztliche Gutachten des Prof. *Livi* über den Geisteszustand eines 38jährigen Koches, der — nach längeren Leiden — (Kopfschmerz, verändertes Wesen, Unruhe, so dass er sich für behext hielt) — bei einer Fahrt auf dem See von Montepulciano die Frau, die er vor Kurzem geheirathet, am 1. Juli 1871 ertränkt hatte. Der Fall hatte nur dadurch Zweifel erregt, dass der Thäter, als man ihn verhaftete, bat, man solle ihn entwischen lassen, und 5 Tage später, im Gefängnisse, gar nichts mehr von dem Vorfalle wissen wollte, und seine Antworten wiederum ganz verständig lauteten, — so dass man, auch Aerzte, an Simulation glaubte, insbesondere, da der Pat. selbst versicherte nicht irr zu sein und es auch niemals gewesen zu sein. Die körperliche Untersuchung ergab Microcephalie und etwas Asymmetrie des Schädels bei hoher Stirn; constante Verengung der linken Pupille; die Blutgefässe um die Papille herum auf beiden Augen erweitert; auch an der Stirnhaut linkerseits turgescirten die Hautvenen; — die Herzgeräusche etwas schwach und dumpf; der Radialpuls langsam, 46 Schläge in der Minute, Athemzüge 16, Körpertemperatur 36,1; — Herz, Lungen und Unterleibsorgane anscheinend gesund. — *Livi* motivirt die Unzurechnungsfähigkeit so: Die Gehirnkrankheit hatte schon zu Ende des Jahres 1870 begonnen, im Mai delirirte Pat., Nachlässe zeigten sich abwechselnd bis zu dem letzten plötzlichen Ausbruche. Nach geschehener That — das Bewusstsein des begangenen Verbrechens, Fluchtversuch und Versuch durch eine Lüge, dass der Kahn umgestürzt sei, sich zu rechtfertigen, sogar Irrsinn zu simuliren, — danach Reue, — das ist, nach *L.*'s Erfahrung, der Vorgang in unverdorbenen Gemüthern. Mit dem wiederkehrenden Bewusstsein erscheint jedoch nicht die vollständig klare Erinnerung an eine That, von der der Thäter nicht weiss, wie er dazu gekommen und wie er sie ausgeführt hat. — Das Tribunal von Siena verfolgte den Fall nicht weiter und nach 3monatlichem Verweilen in der Irren-Anstalt war Pat. in vollständigen Blödsinn verfallen.

Wie wichtig es ist, dergleichen Fälle wieder und wieder an's Tageslicht zu ziehen, um das Publicum vor den Missgriffen der Criminalisten zu schützen, zeigt ein zur „Cause célèbre" gewordener Fall, der im März 1871 in Neapel verhandelt und von *Miraglia* zum Gegenstande einer fulminanten Streitschrift gemacht worden ist.

Sgra Teresa Santoro, einer zu Geistesstörungen disponirten Familie angehörig, früher schon selbst notorisch an melancholischem Irrsinn erkrankt, war von ihrem Gatten einer Irrenanstalt übergeben worden. Ihre beiden Brüder strengten eine Klage auf Beraubung der Freiheit an, 2 Aerzte, die nichts von der Sache verstanden, bezeugten die psychische Gesundheit der an Verfolgungswahn leidenden Frau, und — auf Grund des gut erhaltenen Gedächtnisses und des Vermögens der Kranken, in zusammenhängender Rede zu sprechen — verurtheilte das Gericht in erster Instanz den Herrn Gemahl. — Auch das neueste, 4. Heft des Archivs etc. bringt wiederum zwei gerichtsärztliche Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände, von denen das eine, von *Livi*, wegen des gründlich geführten Nachweises Simulation von Wahnsinn bei einem Menschen, der einen Mord begangen, besonders hervorzuheben ist. Von eingreifenderer Bedeutung ist aber der zweite Fall, in welchem ein 27jähriges, von Kindauf verwaistes, von seinen Angehörigen misshandeltes und in der Erziehung vernachlässigtes Subject, geständigermaassen aus Bosheit das Haus seiner Verwandten angezündet hatte. Die begutachtenden Aerzte, *Girotti* und *A. Tebaldi*, weisen die pathologische Beschaffenheit des micro- und brachycephalen Schädels, der an der rechten Seite des Hinterhauptes abgeplattet ist, an den Stirnsinus vorspringt und die geringe Intelligenz neben dem Mangel an moralischem Gefühle bei dem Angeklagten nach, und das Geschwornengericht verurtheilte den Halb-Idioten, unter Berücksichtigung jener mildernden Umstände nur zu 12jähriger Einsperrung. Dass man es hier mit einem degenerirten Subjecte zu thun hatte, dessen Eltern noch dazu beide an Pellagra gelitten, ist zweifellos und nur zu verwundern, warum die Aerzte, — wenn Aerzte überhaupt ein Urtheil über Zurechnungsfähigkeit abzugeben haben, — eine verminderte (responsibilità notevolmente diminuita) und nicht die gänzlich mangelnde Zurechnungsfähigkeit aussprechen konnten.

Bei dieser Gelegenheit sei auf die seit 1871 in Florenz erscheinende Monatsschrift Rivista di Discipline carcerarie aufmerksam gemacht, die nicht nur practische Fragen des Gefängnisswesens, sondern auch psychiatrische Interessen behandelt. U. A. weist *Girolami* aus Rom auf die Aehnlichkeit der Kopfformen, — namentlich auf die Abflachung der Hinterhauptsmuschel bei Frauen, — bei Gewohnheits-Verbrechern (insbesondere bei solchen, die geringfügige Verbrechen begangen haben) und solchen Irren, die rasch erkranken, rasch genesen und schliesslich in unheilbare Schwächezustände verfallen. — Auf die Abflachung des Hinterhauptes bei Idioten hat *Lélut*, bei „moral imbeciles" Dr. *Wilson* hingewiesen. Vergl.

auch Prof. *L. Meyer*'s Vortrag über Hinterhauptsverkürzungen vor der psychiatr. Section der letzten Naturforscher-Versammlung zu Leipzig. — Hieran schliesst sich endlich Prof. *Lombroso*'s glänzender Vortrag vor der Academ. R. Lombard. Ven. über die Nothwendigkeit der Errichtung von Asylen für irre Verbrecher, worin Verf. nachweist, dass für die italienischen Zustände in dieser Frage mehr die englischen Einrichtungen und die Ansichten *Brierre de Boismont*'s als die entgegenstehenden Deutschen maassgebend seien.

Dr. *Fraenkel.*

Chorinsky. — Eine gerichtlich-psychologische Untersuchung von Dr. *Friedrich Wilhelm Hagen*, Königl. Oberarzt und Vorstand der Kreisirrenanstalt, Prof. an der Universität Erlangen. Erlangen bei Ed. Besold. 1872. S. 217.

Der Prozess Chorinsky musste bei den Irrenärzten die peinlichsten Eindrücke zurücklassen. — Vier hervorragende Fachgenossen vertraten mit beredtem Aufwande von wissenschaftlicher Sachkenntniss, je in zwei Hälften getheilt, entgegengesetzte Urtheile. Man empfand etwas wie eine Schädigung des Ansehens der forensen Psychiatrie. — Die von der Staatsbehörde Berufenen sprachen sich für die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten aus; ihre Gegner waren auf Antrag des Vertheidigers erschienen. — Chorinsky wurde verurtheilt und Anfangs Juli 1868 auf die Festung Rosenberg gebracht. — Von vorn herein fiel er dort auf durch sein gehaltloses unwahres Geschwätz, inhaltleere Briefe ohne Ende an seinen Vater und die frühere Geliebte Hotory, mannichfache Sonderbarkeiten. — Dabei war er schlaflos, lachte und sang während der Nacht. — Im Monate November brach völlige Tobsucht aus, unterm 24. December wurde er in der Stunde der Christbescheerung in die Kreis-Irrenanstalt Erlangen aufgenommen. — Von da an durfte Jeder sich sagen, dass wenn überhaupt eine Auflösung des Räthsels noch möglich, sie in keiner besseren Hand gedacht werden könne, als in der des gelehrten, gründlichen und unbestechlichen Denkers, des Verfassers der vorliegenden Schrift. — Derselbe bekennt in der Einleitung, dass ihm nach den Zeitungsberichten über die Gerichtsverhandlungen die Auffassung, nach welcher Chorinsky nicht geisteskrank war, in jener Zeit als die berechtigtere erschienen sei. — „Ich wüsste nicht, ob ich anders geurtheilt haben würde, wenn ich den Grafen auch damals selbst, aber wie die Mehrzahl der Sachverständigen, nur kurz vor und während der Gerichtsverhandlung gesehen und gehört hätte." —

Folgen wir den eingehenden Untersuchungen, die ihn dagegen zu dem Schlusse führen, dass „Chorinsky ein in hohem Grade psychisch krankhaft disponirter Mann war" und schon zur Zeit seiner Verurtheilung in psychisch krankhaftem Zustande sich befand." —

Der reichhaltige Auszug eines über Verlauf und Erscheinungen während des dreijährigen Aufenthaltes Chorinsky's in Erlangen geführten minutiösen (86 im Ganzen und grossentheils eng geschriebene Folioseiten). Krankenjournals sowie die mit bekannter Genauigkeit durch Professor *Zenker* gemachte Section (der Tod erfolgte unterm 29. December 1871) würden an sich nicht ausgereicht haben das Dunkel im Mindesten aufzuhellen. — Beide bieten auch nichts Absonderliches. — Das Krankheitsbild in seinen wechselnden und fortschreitenden Phasen ist, den wesentlichen Zügen nach, ein ziemlich geläufiges. — Wodurch es hauptsächlich sich unterscheidet ist die subtile Beobachtung, der es unterzogen, die photographische Treue, mit welcher feinste, gewöhnlicher Beobachtung sonst entschwindende, Nuancen erfasst und wiedergegeben sind. — Es fühlt sich heraus, wie viel Beachtenswerthes an dem täglichen Auge als bedeutungslos unbemerkt und deshalb unverwerthet vorüberzieht und welchen Gewinn die Wissenschaft aus jenen Fällen schöpft, deren äussere Geschichte Veranlassung wird zur Schärfung des Blickes, der Aufmerksamkeit. — Diese sind durchweg die forensen überhaupt, in höherem Grade aber dort, wo man die gespannte Aufmerksamkeit Vieler darauf gerichtet weiss. — Sefeloge's gab und giebt es, rein betrachtet nach ihrem psychiatrischen Werthe, jederzeit in den Irrenanstalten in zureichenden Exemplaren; Chorinsky's desgleichen. — Aber sie haben auf keinen König geschossen und waren nicht betheiligt bei der Ermordung ihrer Frauen; sie reizten daher nicht zu den fördernden und dankenswerthen Studien eines *Damerow* und *Hagen*. — Die Gunst des Zufalles sei nicht undankbar todtgeschwiegen. — Eilf Monate war Chorinsky bereits bei *Hagen* und dieser musste dem zum Besuche des Kranken gekommenen Vater offen erwiedern, dass er bis jetzt über die Hauptfrage noch gar keine bestimmte Ansicht sich habe bilden können. — Darauf zeigte der Vater einen Brief seines Sohnes aus früheren Jahren. — Hagen erkannte die Wichtigkeit desselben, der Vater stellte ihm nun eine Reihe weiterer zur unbedingten Verfügung und daraus wurde ein für den Einblick in Chorinsky's Vorleben und psychische Verfassung unentbehrliches Material gewonnen. — Die Sachverständigen hatten desselben entbehrt. —

Von einem Manne wie dem Verfasser liess sich voraussehen, dass er sich kaum genügen lassen werde an der Durchdringung der Einzelaufgabe, dass er vielmehr diese nicht isoliren sondern als einen Ausgangspunkt angreifen werde, von dem aus er in's Klare zu kommen habe über eigene Unsicherheiten, innerlich zu verarbeiten, worüber er mit sich noch nicht im Reinen sich wusste, um das für sich selbst errungene Licht dann auszubreiten über zweifelhafte oder noch nicht genugsam aufgeklärte Fragen unserer Wissenschaft. — So ist es auch geschehen und mit diesem Ergebniss mühevoller Arbeit hat sich die Analyse in erster Linie zu beschäftigen. — Chorinsky selbst bleibt von secundärem und nur so weit von Interesse, als an ihm und aus ihm heraus die allgemeinen Gesichtspunkte entwickelt werden. —

Seit Herbst 1868 war derselbe zweifellos geisteskrank. — Die psycho-

logische Diagnose hätte die Elementarform zu bezeichnen als „eine ohne melancholisches Vorstadium ausbrechende Manie mit endlichem Ausgange in Blödsinn.“ — Eine Remission im Sommer 1869 liess dem Verfasser für kurze Zeit die Hoffnung auf beginnende Reconvalescenz als eine nicht grundlose erscheinen, wiewohl von Anfang an die Manie nicht rein war, sondern ein geistiger Schwächezustand hindurchblickte. — Der psychologische Eintheilungsgrund ist dem Arzte ungenügend, ihm liegt mehr an dem physiologisch-anatomischen (freilich zumeist einer Zukunftsdiagnose), an der genetischen Ableitung und Erklärung. — Es war nicht allein eine ängstlich genaue Unterscheidung der Einzelerscheinungen, welche den Verfasser abhielt das Bild der Paralyse im geläufigen Sinne als fraglich anzunehmen, sondern mehr noch seine Ueberzeugung, dass die Dementia paralytica als symptomatische Bezeichnung ein Collectivbegriff sei, welcher aufgelöst werden, an dessen Stelle für diese Krankheitsgattung der allgemeine Name negativer Gehirnerkrankung treten müsse, deren clinische Specialisirung künftigen Forschungen überlassen bleibe. — Für ihn litt Chorinsky, wenn auch nicht an paralytischer Psychose im gewöhnlichen Wortsinne, so doch an einer derselben verwandten Ernährungskrankheit des Gehirns oder seiner Hüllen. — Wir werden nun durch die innerliche diagnostische Arbeit hindurchgeführt, welche eine, jedoch nicht hochgradige, Entzündung der weichen Hirnhäute erschloss, eine Gehirnatrophie mindestens für die ersten $2^1/_2$ Jahre als nicht ausgesprochen erkannte, aus einer Anzahl Symptomen (so oft im Leben heftiger Kopfschmerz, starkes Nasenbluten; während des Aufenthaltes in der Anstalt Schwindel, Ohrblutgeschwulst, nicht minder auch hier Erscheinungen, die auf unangenehme Empfindungen im Kopfe deuten konnten) eine Pachymeningit. haemorrhag. hervorragend betonte. — Die Section bestätigte (mit Ausnahme der Entzündung der Hirnrinde, welche sich atrophisch aber Veränderungen weder der Farbe und Consistenz noch mikroskopisch an den Hirnzellen zeigte) diese Diagnose und bei der bekannten Wahrhaftigkeit des Verfassers hätte es nicht der Versicherung bedurft, dass dieselbe keine ex post sei. — Die Atrophie glaubt er nicht auf die Hirnrinde beschränkt, sondern die gesammte Grossgehirnmasse davon betroffen. — Er schätzt auf Grund der in seiner eminenten, an der critischen psychiatrischen Literatur in kaum begreiflicher Weise bis heute spurlos vorübergegangenen Schrift: „Der goldene Schnitt u. s. w., Leipzig 1857,“ entwickelten Untersuchungsmethode den approximativen Verlust von 223 Grammen, einen nicht sehr bedeutenden bei Paralytikern nach längerer Dauer der Krankheit in Form des Blödsinns. — Kleinhirn und Brücke waren nicht atrophisch.

Die (zuvor nie vorhandenen) Convulsionen der Schlussscene werden bei Abwesenheit frischer Erkrankungsprocesse des Gehirns der tödtlich gewordenen Pneumonie zugeschrieben, bei deren relativ geringer Ausdehnung jedoch nicht ihr allein, sondern in Combination mit dem labilen und convulsibeln Zustande der Centralnervenorgane und nur als chemische, durch

veränderten Gasgehalt des Blutes bedingte Wirkung. — Ein Einfluss des Chloralhydrats wird abgewiesen. —

Mit besonderer Sorgsamkeit werden sowohl in Bedeutung für die Disposition als auch in ihrem Einflusse auf Erscheinungen und Verlauf psychischer Gehirnerkrankung die chronischen oder häufig wiederkehrenden Congestiv- und Entzündungszustände der Dura geprüft. — Die Gefässe auch der harten Hirnhaut sind Ableitungsorgane zum Schutze des Gehirns vor allzugrosser Blutbelastung. — Erkrankung der Gefässe durch zu häufige Ansprüche an diese Function, Entzündung der Häute wirken zurück auf Circulation und Ernährung des Gehirns. — Dieses selbst und seine Hüllen zeigen in ihrem Wachsthum eine Correlation und die Wechselwirkung in den Zuständen beider ist eine solche, dass aus der nämlichen psycho-pathischen Disposition heraus, welcher bei Chorinsky die Manie entsprang, auch schon die früheren Entzündungen der Hirnhäute, insonderheit die Pachymeningitis geflossen sein konnten und es sich weder um eine lediglich zufällige noch durch die Bezeichnungen: Druck und Reiz zu erschöpfende Complication handelte. — Es erscheint demnach nicht zweifellos, dass die Krankheit bei ihrem Ausbruche im November 1868 gleich von Anfang an eine paralytischer Natur gewesen sei, nicht unberechtigt, vielmehr eine andere Ansicht: dass eine gewöhnliche Manie vorgelegen habe, welche unter den ungünstigen Bedingungen bestandener Entzündungen der Dura, Pseudomembranen derselben, sowie einer reizbaren Schwäche des Gefässnervensystems verlief. — Die Erregbarkeit des Sympathicus: ungemeine Pulsbeschleunigung, intensiver und rascher Farbenwechsel, wuchs mit zunehmender Erlahmung des Hirnlebens. — Ohne beizupflichten, dass die Dem. paral. im Wesentlichen auf einem Leiden der sympathischen Nerven beruhe, hält Verfasser doch auch diesen dabei alterirt, einen Theil der Erscheinungen von den vasomotorischen Nerven ausgehend und fähig durch Rückwirkung auch die übrigen Symptome zu verschlimmern. —

Für larvirte Epilepsie sowie andere constitutionell ätiologische Momente ergaben sich gar keine Anhaltspunkte. —

Wir treten nun der Hauptfrage näher: war Geistesstörung schon zur Zeit der That und nach der gerichtlichen Verhandlung vorhanden, so dass deren spätere Erscheinungsform nur als Fortsetzung und weitere Entwickelung anzusehen wäre oder entstand sie erst nach jenen durch irgend welche Ursache?

Eingehende Erörterungen führen zu dem Schlusse, dass Chorinsky's Geistesstörung, wie sie auf der Festung und später in der Irren-Anstalt sich darstellte, keineswegs bloss durch die Haft, die Untersuchung und Gerichtsverhandlung bedingt waren, wenngleich diese Momente vielleicht als Mitursache oder wahrscheinlich nur beschleunigende Ursachen anzusprechen sind. — Desgleichen wird die Frage verneint, ob die Liebesgluth zur Ebergenyi und der Ingrimm über das Schicksal, das ihn an ein anderes Wesen band, für sich allein die bestimmte psychische Krankheit

erzeugte, an welcher er zur Zeit seiner Aufnahme in die Irrenanstalt litt. —

Die wesentlichen Ursachen werden als tiefer liegende und von weiter her bedingte gesucht. —

Damit beginnt das Charakterbild Chorinsky's. — Von Kind auf höchst reizbar und unbändig, ungeberdig wenn es nicht nach seinem Kopfe ging, stets bis zur Fassungslosigkeit unfähig zu begreifen oder gar zu ertragen, dass Wünsche ihm versagt wurden, ein Weichling von jämmerlich klagsamer Willensschwäche, (hie und da unterbrochen von momentaner jähzorniger Reaction) sowohl bei körperlicher Indisposition und Missempfindung als bei sonstigen Widerwärtigkeiten, selbst bei den gewöhnlichsten Ansprüchen des militärischen Dienstes, ohne besondere geistige Begabung wie ohne Sinn für irgend welche höhere Strebungen für ideale Richtungen, vor Allem leidenschaftlich reizbar durch sinnliche Liebe, bis zum Sclaven daher hingegeben den jeweiligen Gegenständen derselben — so stellt er sich uns dar als ein Prototyp reizbarer psychischer Schwäche, einer constitutionellen Verschiebung des richtigen Verhältnisses zwischen nervösen Impulsen und moralischer Widerstandskraft, einer Gemüthslage, stets unter oder über dem Niveau, niemals im Blei, in jedem Momente zum Auf- und Abschwellen bereit in Depression oder Exaltation. — Dabei bewegte sich diese so organisirte Individualität auf dem Gebiete der Ethik ganz in niederen Interessen. — Er war allmählig ein „Lump" geworden und gebrauchte dieses Wort gerne als den im Kreise seiner Genossen für herzliche Freundschaft und Anerkennung gültigen üblichen Ausdruck. — Der Verfasser spricht nun den Begriff „Lump" in allen seinen Bedeutungen durch und ich stehe nicht an, diese Skizze als ein Cabinetsstück psychologischer Genre-Malerei zu bezeichnen, wenn es erlaubt ist, gründliche Untersuchungen auf diesem Gebiete mit solchem Namen zu belegen. — Sie reiht sich würdig an die von ihm vor vielen Jahren veröffentlichten meisterhaften psychophysiologischen Arbeiten über die „Schamröthe" u. s. f. — Die rechte innere Ehre, das Gefühl für dieselbe ist es, die beim „Lumpen" verzehrt resp. erloschen erscheint und weil es ihm an ihr gebricht, besitzt er nicht die Kraft, auf dem specifischen Ehrenpunkte zu beharren, der im Uebrigen je nach den äusseren Lebensverhältnissen, Erziehung, somit den von dem Menschen an sich selbst zu stellenden wie von Anderen gestellten Ansprüchen auf Selbstschätzung und die Achtung Dritter, ein relativ verschiedener sein, bald höher, bald tiefer anfangen kann. — In seiner Ausführung werden die manchfachen Wege aufgesucht, welche zu dem Verluste dieser Kraft führen: schlechte Erziehung, Faulheit, Trunk, Spiel, excessiver Geschlechtsgenuss, Onanie; ferner nachgewiesen wie diese anfänglich und zumeist passive, Anderen gegenüber harmlose und unschädliche, sogar mit Gutmüthigkeit gepaarte Eigenschaft unter begünstigenden Umständen degenerirt in Betrug, Schwindel, Verläumdungssucht, Raufiust, wie schliesslich der „Lump" zum Schuften und Schurken werden kann. — Wir werden später

diese Bemühung um dem Begriffe „Lump" verwerthbar erkennen für die Elemente des „moralischen Irreseins." — Vor der öffentlichen Meinung war Chorinsky, als der Giftmord bekannt und gerichtlich verhandelt wurde, ein zum Schurken gewordener „Lump". — Die abnorme psycho.-physische Verfassung desselben, welche im Vorhergehenden in wenigen allgemeinen Zügen zu umschreiben versucht wurde, verfolgt der Verfasser an der Hand der Briefe aus den Jahren 1851 – 1866, sowie der Zeugenaussagen ins Einzelnste und bis zum Eintritte der vollendeten Geistesstörung. — Unter den somatischen Grundlagen werden besonders betont: Krankheiten in der Kindheit, die mit Hirnerscheinungen verbunden waren, deren eine sogar als Hirnentzündung bezeichnet worden war, acute Leiden als Officier, welche gleichfalls als eine Gattung Gehirnentzündung betrachtet wurden, stereotype Klagen über Kopfschmerz, die man Angesichts der Pseudomembranen der Dura mit Schichten von recht wohl weit über 4 Jahre zurückverlegbarem Ursprunge nicht als eingebildete beseitigen kann, häufiges Nasenbluten, sicher von gleich ableitender Bedeutung wie der vorgefundene Blutreichthum der Schädelknochen. — Dass die behandelnden Aerzte Congestivzustände in den meisten seiner Krankheiten erkannten, beweisen die angewandten kalten Umschläge auf den Kopf und nicht weniger als 42 Aderlässe bereits im Alter von 34 Jahren. — Dieselben mussten aber auf ein von vornherein höchst reizbares Gehirn in verstärktem Grade unheilvolle Folgen äussern. — Ohnmachten werden bezeugt; Uebelbefinden aller Art, Abmagerung, entsetzliche Mattigkeit gehören zu den oft wiederkehrenden Lamentationen und wenn auch an diesen Willensschwäche ihren Antheil hatte, so ist doch, was wir Uebertreibung und Wehleidigkeit nennen, nicht minder in einem erhöhten Empfinden, in einer besonderen Beschaffenheit des Nervensystems (Nervosität) begründet. — An der Hand dieses Geleites körperlicher Krankheitszustände gewinnt das oben in kurzen Strichen umrissene Charakterbild Chorinsky's, dem noch eine höchstgradige, reflex-convulsible, Gemüthserregbarkeit, ein völliges Aufgehen in den Stimmungen und Strebungen des Momentes mit Vergessen alles Anderen hinzuzufügen bleibt, welches ferner durchsetzt war und nothwendig sein musste von einer Menge Bizarrerien, auffälligen, mit gesundem Verstande auch für Laien oft nicht zu vereinbarenden Sonderbarkeiten in seinem ganzen Benehmen, mit noch grösserer Deutlichkeit die Farbe des Krankhaften, Abnormen. — Interessant bleibt es, wie in die terminale perfecte Geistesstörung Züge dieses Bildes sich in gesteigerter Ausprägung fortsetzen: eigensinniges Festhalten eines Wunsches, einer bestimmten Stellung oder Haltung, monotones Wiederholen von Worten und Sätzen wie Bleiben bei einer einmal begonnenen wenn auch noch so nichtigen Beschäftigung, Ausbrüche von Jähzorn bei versagten Wünschen oder nur der Vorstellung (so bis in die letzte Zeit beim Essen) von bevorstehender Beeinträchtigung bezüglich des gierig Verlangten — Eigenthümlichkeiten, die seit Jahren an ihm bemerkt waren. — Sehr anschaulich ist der Vergleich der unge-

meinen Entzündbarkeit für geschlechtliche Wollust, deren Vorempfindung schon ihn gleichsam elektrisch zu durchströmen vermochte, mit der ganz besonderen Wirkungsart geistiger Getränke auf viele Seelengestörte oder zu Geisteskrankheit Disponirte. — Wir kennen den Rausch Geisteskranker in seinen von denen der Gesunden oft bis zur Unkenntlichkeit unterschiedenen Erscheinungen und Verzerrungen. — Wir wissen, dass ihre psychischen Functionen darin gleichsam zersetzt werden, gerade wie durch den Affect; wie die Hemmungen der Melancholiker entspannt werden bis zum Sprunge in tolle tobsüchtige Aufregung u. s. w. — Man dürfte wie anderwärts von der alcoholischen, so bei Chorinsky von einer erotischen Intoxication sprechen, daher er Allem, was mit diesen Gefühlen verknüpft war, willenlos unterthan blieb. —

An den genauen Ausführungen des Lebensbildes zeigt nun der Verfasser auf, dass Chorinsky ein in hohem Grade psychisch krankhaft disponirter Mann war und es liegt ihm daran, dass die Bedeutung dieser Thatsache nicht unterschätzt werde, dass man die Disposition nicht als ein leeres Gedankending betrachte. — Nicht ausdrücklich genug kann er hervorheben, dass dieselbe „kein abstracter Begriff, kein Schemen, sondern etwas sehr Reelles, das Thun und Treiben des Menschen durch und durch Beeinflussendes und oft genug ganz Beherrschendes ist. — Sie ist nicht eine blosse Möglichkeit, sondern schon selbst ein krankhafter Zustand, ist die Geisteskrankheit in niedriger Potenz, je nach ihrem Grade im Keime oder halbgewachsen." —

Diese durchaus richtige und namentlich für die gerichtliche Psychiatrie sehr wichtige Auffassung wird noch ferner illustrirt an einigen Beispielen, wie sie allen Irrenärzten zur Genüge bekannt sind, in welchen ein halbes Leben in Disciplinar- und Dienststrafen oder in Gefängnissen verbracht wird, wo ein Conflict mit den Organen der öffentlichen Sicherheit dem anderen die Hand reicht, Scandale aller Art sich häufen und eine schliessliche Geistesstörung durch Veranlassung eines genauen Studiums des Vorlebens diese Leute nicht als verbrecherische, sondern als neuropathisch höchst unglücklich angelegte und organisirte erkennen lässt. — Einen Kernpunkt der Schrift bildet die Untersuchung, wie moralische Selbstmissleitung unter der Influenz solcher Disposition, solcher abnormer krankhafter Seelenentwickelung stehen, auf welchen Wegen aus deren Impulsen verbrecherische Handlungen sich vollziehen können. — Referent kann dieser eingehenden durchsichtig klaren Beleuchtung nur einige Streiflichter entnehmen. — Als selbstredende Unmöglichkeit wird die abstract — begriffliche Ansicht abgewiesen, als ob abnorm psycho.-physische Verfassung und sittliches, resp. unsittliches Verhalten in zusammenhangloser Unabhängigkeit parallel neben einander herlaufen könnten, ethisches Denken und Thun diejenigen Seelenthätigkeiten, welche bei psychischen Krankheiten betheiligt sind, überhaupt gar nicht nothwendig habe, umgekehrt das letztere niemals hineinreiche in die bei moralischem resp. unmoralischem Sinnen und Handeln thätigen

Seelenkräfte. — Die tägliche Beobachtung an Geisteskranken verneint eine solche Theorie. —

Chorinsky's von Kind auf krankhafte Artung stellte im erwachsenen Lebensalter in ausgesuchter Vereinigung der Züge das Bild eines Zustandes dar, welcher als neuro-psychopathische Constitution in die Nomenclatur der Psychiatrie eingeführt ist, freilich einstweilen um zu nennen, nicht um erschöpfend zu erklären. — Bei einer solchen Organisation Verbrechen wie spätere Geistesstörung als das ausschliessliche Product frei gewollter und gewählter Unsittlichkeit zu betrachten, hiesse die Wechselwirkung psychischer Zustände gänzlich verkennen und den durch dieselbe vermittelten circul. vitios. — Die Wirkungen dieser abnormen psycho.-phys. Verfassung, der als neuro-psychopath. Constitution erscheinenden Diathese, findet Verfasser in einer „Geneigtheit der Nerven-Centren, gewisse Stimmungen, Zustände und Reactionsweisen einseitig in sich auszubilden und zu fixiren, welche die organische Grundlage, die sinnliche Resonanz bestimmter psychischer Thätigkeiten bilden, so dass andersartige Functionen keinen Bestand gewinnen, sondern brach liegen.“ — Das Letztere wird um so mehr geschehen, jedes controlirende und handelnde Gegengewicht um so sicherer unwirksam werden und verloren gehen, je grösser der Contrast zwischen ihm und der bevorzugten Thätigkeit an sich schon ist und wird wachsen je länger je mehr nach dem Gesetze der Gewöhnung. — Immer grösser wird der Unterschied werden zwischen den diese differenten Thätigkeiten begleitenden und bedingenden Nervenzuständen. — Ein schliesslicher Ausgang wie bei Chorinsky rückt dann die krankhaften Symptome eines ganzen Vorlebens in das richtige Licht, woran der bedeutsame Zusammenhang mit dem vollen früheren Thun und Treiben erkannt werden kann. —

Nicht alle Formen von Seelenstörung üben einen gleich grossen Einfluss auf Umbildung des Charakters; unter den chronischen stets das „moralische Irresein“ voran, wie es ja auch davon den Namen trägt. — Es ist sehr dankenswerth, dass in dem Verhalten Chorinsky's durch eine lange Reihe von Jahren zahlreiche mehr weniger entwickelte und allmälig sich verdichtende Elemente klar gelegt werden, welche diese Krankheitsform constituiren, die unter ihren verschiedenen Namen in Wahrheit nichts weniger als einer sicheren und übereinstimmenden Vorstellung unter den Irrenärzten begegnet, wenngleich Verfasser sie als eine (in psychologischer Hinsicht) wohl characterisirte anspricht. — Es hat eine der nächsten und ernstesten Aufgaben insonderheit gerichtlicher Psychiatrie zu sein, die Form gründlich durchzuarbeiten. — Es besteht die Gefahr, dass sie in foro discreditirend missbraucht werde, um so mehr als sie keine einfache ist, sondern eine vielgestaltig zusammengesetzte Mischform. — Von ihren Elementen können quantitativ wie qualitativ dem jeweilig in die Erscheinung tretenden Complexe fehlen, somit dem besonderen Falle eine Physiognomie von geringer Familienähnlichkeit geben, wie andererseits sich zerstreut in andere Formen

und vice versa einfilzen, wie schliesslich auch ein wirklich perverser Character im Bilde des krankhaften gesehen werden könnte. —

Die Züge des moralischen Irreseins, welche bei Chorinsky wiederkehren, deren hier nicht wiederzugebende Einzel-Erläuterung in hohem Grade nachgelesen zu werden verdient, sind nun weder vollzählig noch die vorhandenen alle scharf ausgeprägt, wie sich schon daraus von selbst ergiebt, dass es sich noch nicht um die ausgebildete Krankheit, sondern nur um hochgradige Disposition handelt. — In der Intelligenz erschienen Reflexion und Urtheil zumeist geschwächt, waren es jedoch nur secundär durch das Ueberwallen beherrschender Gefühle und Triebe. — Im Gefühlsleben zeigten sich Lust und Unlust, Begehren und Verabscheuen stets in ganz ungewöhnlichem Grade und nicht adäquat den Veranlassungen. — Wie verschiedene Intensitätsstufen auch ein qualitativ verschiedenes Bild bei psychischen Erregungen geben können, wird instructiv an der gleichen Erscheinung in der Farbenlehre verglichen. — Die Hyperästhesie, welche aus den Uebertreibungen in seinen Briefen hervortritt, abentheuert dann während der ausgesprochenen Geistesstörung in der grotesken Schilderung körperlicher Missempfindungen „er habe keinen Kopf mehr, werde gekreuzigt, durchschossen“ etc. — Sein Jähzorn ist überall als ein ganz exorbitanter, unsinniger bezeugt. — In dem „guten Kerl“ bildete sich allmählig jener charakteristische Egoismus aus, welchem alle auch noch so wohlberechtigten Ansprüche anderer Wesen, wenn sie die seinigen kreuzten, als unbegreifliche, als feindselige Akte erschienen, die er mit einer fast unbesinnlichen Rücksichtlosigkeit niederschlug, ohne dabei das mindeste Gefühl verübten Unrechts zu empfinden. — Ganz wie wir es in dem ausgebildeten moralischen Irresein an unseren Kranken sehen, welche nach den heftigsten durch sie veranlassten Conflikten, aggressiver Schädigung Dritter, sich gebaren als sei gar nichts der Rede Werthes vorgekommen oder sich selbst als die Gekränkten oder Verletzten darstellen. — Ohne Zweifel ruht diese Haltung auf einem Entlastungs-, einem Befreiungsgefühle, dem einer durch solche zwingende Explosionen gelösten Spannung; bei dem krankhaften Egoismus gilt diese wohlthuende Empfindung doppelt als ein natürliches, selbstverständliches Recht, nicht zu theuer erkauft durch wenn auch noch so grosse Opfer Dritter. — Aus den combinirten Eigenschaften des krankhaften Egoismus und der Rücksichtslosigkeit, auf dem Boden der bedingenden hochgradigen Erregbarkeit für Lust- wie Unlustgefühle erwuchs die Verleitbarkeit zum Verbrechen, das er aus sich selbst nicht erzeugt haben würde. —

Bei der bereits oben berührten Durchforschung des Geleises, auf welchem krankhafte Disposition auf das psychische Verhalten und auf die Sittlichkeit wirke, stellt der Verf. neben die Depression und Exaltation ein drittes sich unter solchen Bedingungen ausbildendes Naturell, von ganz besonderem Einflusse auf das Thun. — Damit meint er jene „psychopsych. Verfassung, bei welcher eine ungemein grosse Neigung zum Be-

gehen von Handlungen besteht, die nicht geschehen sollten, aber eben dadurch einen äusserst verlockenden Reiz bekommen, indem gerade sie als das wünschenswertheste Ziel und der Gipfel des Genusses erscheinen. — In ihrer stärksten Ausbildung haben wir diese Gemüthsverfassung in einer acuten Geistesstörung der ängstlichen Tollheit vor uns, wo die Kranken innerlich angetrieben sind, etwas Unrechtes, ja etwas zu thun, wovor sie Abscheu haben."

Auf der langen Scala von dem Beginne in dem dispositionellen Naturell bis zu der genannten höchsten Ausprägung finden sich nun eine Menge von dem Verf. fein gezeichneter und erklärter Mittelstufen dieses kitzelnden prickelnden Triebes. — Auf solchen bewegte sich auch Chorinsky. — Die also Organisirten unterliegen einem krankhaften Kitzel; der Zustand, in welchen der Mensch sonst nur durch die höchste Höhe der Begierde geräth, in welchem er die Zügel der Herrschaft ganz verloren hat, wird bei dieser krankhaften Verfassung gleich von vorne herein herbeigeführt und zwar unter den bekannten Erscheinungen des den ganzen Nervenorganismus durchdringenden süssen Schauers und der vasomotorischen Innervationsanomalien. — Es leuchtet ein wie vor andern gerade diese psycho-pathische Diathese in ihren verschiedenen Graden den sittlichen Kern angreifen und zersetzen, den Charakter schädigen („verkrüppeln"), die Selbstachtung vernichten muss. — Zu den Criterien des moralischen Irreseins gehört aber der Verlust des ethischen Selbstgefühls, ja dessen Umsetzung in das Gegentheil, in cynische Scham- und Charakterlosigkeit, da gerade der Contrast des allgemein Geschätzten einen Lustkitzel erzeugt, erstrebenswerth wird. Hier ist es, wo auch die Willensschwäche, die Scheu vor geistiger und moralischer Kraftanspannung einsetzt, um durch das Medium der krankhaften Disposition zum „Lumpen" zu gelangen, je nach der innewohnenden geistigen Capacität von den ordinären an bis zu den genialen, den s. g. lüderlichen Genies.

Chorinsky mag nun unbestimmt lange Zeit in niederen oder mittleren Graden des moralischen Irreseins versirt haben. — Das Verhalten in der Untersuchungshaft lässt doch kaum eine Steigerung und Degeneration in geistige Schwäche verkennen, denn ohne förmliche intellectuelle Defecte lassen sich manche Züge desselben gar nicht verstehen und vielleicht wurden solche Lücken Ursache zu der bestimmten Voraussage *Morel's*. — Auch der Verfasser, welcher es nicht geradezu ausspricht und entwickelt, sagt gleichwohl an einer Stelle: „so beträgt sich Niemand, der noch gesunden Menschenverstand hat."

Zum Schlusse beschreitet die Schrift das Gebiet der forensen Psychiatrie im engeren Sinne, cardinale Fragen derselben erörternd. — Zunächst die formale: „Wem soll das Urtheil über Zurechnungsfähigkeit zustehen, dem Richter oder dem Arzte?" Verf. tritt entschieden auf die Seite derer, welche dasselbe dem Arzte zuweisen, nicht ohne Anflug humoristischer Ironie gegen die gegentheiligen Ansprüche sich wendend. — Ref. kann

ihm darin nicht folgen, gerade herausgesagt — er kann es nicht einmal verstehen. — Es kann damit doch nur gemeint sein, dass Richter, beziehungsweise Geschworne gebunden seien an den Ausspruch des Arztes, gewissermaassen als ausführende Organe desselben. — Das wäre sicher eine Verschiebung der Stellungen, ja der Begriffe. — Exemplificiren wir. — Wenn von vornherein, während des Laufes der Vor- oder wirklichen Untersuchung, bezügliche Zweifel sich erheben, so wird, wo ein durchsichtiges und entschiedenes Gutachten des berufenen ärztlichen Sachverständigen die volle Unzurechnungsfähigkeit klarlegt, von Seite der Rathskammer keine Verweisung vor das Gericht oder die Geschwornen erfolgen und daraufhin durch administrativen Beschluss der Betreffende der Irrenanstalt überwiesen werden. — Das ist die Regel und zugleich die Ursache, dass relativ wenige einschlägige Fälle zur öffentlichen Schlussverhandlung gelangen. — Wo das jedoch aus irgend welchem Grunde geschieht, kann der Arzt niemals anders denn als wissenschaftlicher Experte dabei sein, in der nämlichen Eigenschaft auch nur während der Periode der Untersuchung. — Die Frage, welche der Verf. an den Arzt gestellt wissen will, soll nicht auf Zurechnungsfähigkeit oder freie Willensbestimmung lauten, sondern „ob die Fähigkeit bestanden habe zur Erkenntniss der Rechtswidrigkeit des Vorsatzes oder zu dem die Unterlassung seiner Ausführung ermöglichenden Vernunftgebrauch, eine Fähigkeit, von welcher eventualiter dann nachzuweisen ist, dass sie durch Krankheit geschwächt oder aufgehoben sei.“ Ohne Zweifel ist diese Fassung der Frage die denkbar beste, so weit möglich erschöpfend und zugleich richtig begrenzend. — Verneint nun der Arzt unbedingt, so müsste die Voruntersuchung augenblicklich eingestellt, resp. die öffentliche Verhandlung aufgehoben werden, denn jedes weitere Zeugenverhör, Plaidoyer u. s. w. wäre fortan Verschwendung, das Urtheil bereits gesprochen. — Die betr. Gesetzbücher würden eine solche Vorschrift in sich aufzunehmen haben. — Dahin wird es wie Ref. vermuthet niemals kommen. — Mit Recht und ohne erheblichen Schaden. Der Geschworne wird bezüglich seines Ausspruches — das liegt im Grundcharakter der Institution — stets souverän bleiben und für denselben nur Gott und seinem Gewissen verantwortlich. — Und darauf wird man in den allermeisten Fällen vertrauen dürfen. — Nicht leicht wird er sich einem klaren und überzeugenden ärztlichen Nachweise verschliessen. — Sollte das dennoch vorkommen, so würde der Arzt sich zu bescheiden haben im Gedanken an Unvollkommenheit irdischer Einrichtungen, namentlich aber, dass er nur ein gemeinsames Schicksal getheilt hat und ganz gewiss ungleich seltener als factische Zeugen über den objectiven Thatbestand, die auch schon ignorirt worden sind, namentlich wenn Processe in hochgehende Wogen politischer, religiöser, nationaler oder socialer Strömungen fielen.

Für die Fälle von Meinungsverschiedenheit unter den Sachverständigen wird sehr gut an die frühere Absolvirung von der Instanz erinnert und der richtige Vorschlag gemacht, das gerichtliche Urtheil zu vertagen und

mittlerweile den Angeklagten zur genaueren Beobachtung in eine Irrenanstalt zu verweisen. — Wird auch bei der Wiederaufnahme der Verhandlung kein Einklang erzielt, so soll die Ansicht der Anstaltsärzte entscheiden. Der letztere Anspruch unterliegt ganz den oben gegen die absolute Herrschaft des ärztlichen Gutachtens überhaupt entwickelten Bedenken. — Ueberdem — wenn die Anstaltsärzte selbst unter einander differiren, quid nunc? Es besteht in solchen Fällen ein sachverständiges non liquet und man muss das liquet dann dem Gefühle der Geschwornen überlassen.

Verf. verbreitet sich nun über die geminderte, die gradweise Zurechnungsfähigkeit. — Es ist das Beste, was darüber geschrieben und gelesen werden kann, von Aerzten, Juristen, Menschenfreunden; nur abstracte Begriffsmenschen vermöchten ein Haar darin zu finden. — Die Beweisführung ist so überzeugend, so unwiderstehlich in der Beleuchtung unter allen Gesichtspunkten: dem naturwissenschaftlich-ärztlichen, dem juristischen, dem des Interesses der Gesellschaft wie des Rechtes, des Betroffenen und der menschlichen Regung für denselben, desgleichen in der Widerlegung der Einwände, dass man sich am Schlusse verwundert fragen muss, wie die Adoptirung solcher Zwischenstufen nicht allein von Seite der Gesetzgebungen, sondern auch ihre verbreitetere Aufnahme in die Köpfe der Aerzte lange auf sich warten lassen konnte? Ref. rechnet diese warme und eindringliche Vertretung um so höher an als er, wenn ihn seine Erinnerung nicht trügt, darin eine Selbstbekehrung im besten Sinne sieht, indem Verf. vor nicht gar langer Zeit noch diesen Standpunkt nicht bekannte oder doch nicht fest in der Frage sich zu entschliessen vermochte. Ref. selbst war schon vor 25 Jahren über die Nothwendigkeit der geminderten Zurechnung als einzig richtigen Princips ausser Zweifel, nachdem ihm wiederholt das Loos gefallen war als Geschworner zu fungiren wie als Experte vor dem Schwurgerichte zu erscheinen zur Zeit der Geltung des Code Napoléon in der Pfalz, welcher dieselbe nicht kannte.

Verfasser macht aufmerksam auf eine peinlich empfundene Lücke im Deutschen Strafgesetzbuche, welches beim Morde (§. 211) mildernde Umstände, eine Strafscala, somit auch geminderte Zurechnung nicht zulässt, während doch auch bei ihm (vielleicht vorzugsweise? Ref.) dieselbe in Frage kommen könne.

Als neu und werthvoll sei noch die Unterscheidung zwischen Zurechnungsfähigkeit und Freiheit hervorgehoben, hinsichtlich deren gegenseitiger Beziehungen noch ein Irrthum obwalte, der als selbstverständliche Wahrheit gelte, nämlich die Meinung: als ob Freiheit oder freier Wille und Zurechnungsfähigkeit identische Begriffe seien, die sich gegenseitig deckten. „Dies ist aber nicht so, vielmehr stellen beide Maassstäbe neben einander liegende Scalen vor, von welchen die der Zurechnungsfähigkeit die kürzere ist, d. h. wir nehmen schon Unzurechnungsfähigkeit an, wo zwar noch freier Wille vorhanden, derselbe aber in hohem Grade beschränkt ist."

Den Schluss bildet eine redliche Bemühung in präventiver Weise für

die unglücklichen Disponirten, diese „Belasteten" zu sorgen, um sie selbst und die Gesellschaft vor dem Uebergange der Diathese in wirkliche Krankheit und deren Folgen zu schützen. — Verf. steht nach Erwägung und Verneinung verschiedener Möglichkeiten ziemlich rathlos vor dieser Frage und wird daher zu dem Satze geführt: „Aber eben deswegen, weil die Gesellschaft selbst daran Schuld ist, dass Präventivmaassregeln nicht auszuführen sind und die betr. Personen nicht in eine Lage versetzt werden können, wo sie verhindert sind, Unheil zu stiften, ist es Pflicht des Staates, die Thäter nicht allein büssen zu lassen. — Er muss einen Theil der Busse dadurch auf sich nehmen, dass er auf einen Theil des Rechtes, welches er an jene behufs ihrer Bestrafung hat, verzichtet."

Das erinnert in seiner Weise sehr an das berühmte Alpha und Omega der *Quetelet*'schen Statistik, resp. „Physik der Gesellschaft" mit ihrer Forderung von Ersparnissen an dem Budget der Schaffote und Gefängnisse.

Dick.

Bericht über die Wirksamkeit der Irrenanstalt in Basel von 1861 bis 1870 und des Versorgungshauses von 1855 bis 1870 von Prof. Dr. *Friedr. Brenner.* Basel 1872 (30 Seiten mit 3 Tabellen).

Am 1. Jan. 1861 waren in der Irrenanstalt 14 Männer und 26 Frauen. Bis Ende 1870 erfolgten 245 Aufnahmen von Männern und 216 von Frauen. Somit wurden nach Abzug von 44 Wiederaufnahmen in diesen 10 Jahren 457 Personen verpflegt. Die jährlichen Aufnahmen sind seit 1842 stetig gestiegen von 41 bis 92. Einmal waren es sogar 100. Aus Basel waren es 156, aus der übrigen Schweiz 209, Ausländer 92. Die relativ meisten Irren kommen nach dem 40. Lebensjahr vor, nach welchem die Ernährung des Gehirns sinkt, was schon aus dessen Gewichtsabnahme hervorgeht, worüber interessante Mittheilungen beigefügt sind, Kranke unter 16 Jahren waren nicht in der Anstalt. Psychosen früherer Jahre sind sehr selten und tragen dann mehr den Charakter des Hydrocephalus, der Convulsionen und des akuten Deliriums an sich. Melancholien aus Blutarmuth herrührend sind bei Frauen doppelt so häufig als bei Männern. Bei erotischen Frauen werden kalte Klystiere gerühmt, sodann das Bromkali, dieses auch bei Manie überhaupt, so wie Jodkali bei der grossen Neigung des Hirnreizes zum Uebergang in seröse Ergüsse. — Der Säuferwahnsinn hat sich im letzten Jahrzehnt fast verdoppelt. Seltener als anderswo wird die Dementia paralytica beobachtet. Von 302 Kranken, die hier in Betracht kommen, sind 184 genesen und 101 gebessert entlassen. Isolirung und Kamisol sind nicht ausgeschlossen.

In dem 1855 mit 11 Männern und 12 Frauen eröffneten Versorgungshause, welches zur Verpflegung für gebrechliche Leute so wie für unheilbare und unreinliche Kranke und Blödsinnige bestimmt ist, hatten bis 1870 164 männliche und 252 weibliche Aufnahmen statt, von welchen 261 gestorben sind.

Die von reicher praktischer Erfahrung zeugende Schrift enthält manche werthvolle Bemerkungen. *R.*

Guillaume Griesinger, son ésprit et ses travaux par *A. Brierre de Boismont.* Avec une application du traité des maladies infectueuses par M. le professeur *Lasèque.* Paris 1872 (XII und 48 S. gr. 8.

Diese Schrift ist ein erfreulicher Beweis, dass nicht alle Gelehrten unter unseren überrheinischen Nachbarn die Leidenschaften des Krieges auf das Gebiet der Wissenschaft übertragen. Auch der Verf. hält es zwar für seine Pflicht, „unter den gegenwärtigen Umständen“ den Einwendungen zu begegnen, welche ihm gegen die Veröffentlichung seiner, bereits im Jahre 1869 beendigten Biographie unseres Landsmanns gemacht worden sind. Er giebt darauf die Antwort, die wir von ihm, wie wir ihn kennen, erwartet haben: dass ausgezeichnete Männer, welche der Wissenschaft grosse Dienste leisteten, nicht bloss ihrem Vaterlande, sondern der Menschheit als Mitbürger angehören, und dass es daher erlaubt sei, ihre Lebensgeschichte in jeder Sprache und in jeder Zeitperiode aufzuzeichnen. In solcher Gesinnung reiht der Verf. die vorliegende Biographie seinen „Psychologischen Studien über berühmte Männer“ an, deren einige wir bereits in dieser Zeitschrift s. Z. erwähnt haben, um seinen Landsleuten ein Bild dieses deutschen Gelehrten vorzuführen. Und zwar, wie er es stets gethan: ein getreues Bild des ganzen Mannes, — seines Bildungsganges, seines Charakters, seines Strebens, seiner Unternehmungen und seiner Leistungen. Ein längeres Vorwort ist bestimmt, die Aussprüche eines *Moreau* in Tours und *Sheppard* in Colney-Hatch auf ihre richtigen Grenzen zurückzuführen: Aussprüche, nach welchen die höchste Entwickelung und die grössten Leistungen des Genies aus der nämlichen Quelle organischer Bedingungen herrühren sollten, aus welcher der Wahnsinn und der Blödsinn ihren Ursprung nehmen. Verf. giebt zu, dass allerdings in beiden Fällen ungewöhnliche Erregungszustände des Gehirns zu Grunde liegen; er bemerkt aber, dass man fehl greife, wenn man beide Zustände für gleichartige, beide für krankhafte nehme: während er jedoch anerkennt, dass Eigenthümlichkeiten, Absonderlichkeiten, Ausschreitungen über die gewöhnliche Linie, durch welche sich nicht selten geniale Männer nicht minder, als durch ihre geistigen

Schöpfungen auszeichnen, auf körperliche Bedingungen, hereditär übertragene oder erworbene, zurückzuführen sind. Mit diesen Bemerkungen nimmt der Verf. ausdrücklich Bezug auf den Gegenstand seiner vorliegenden Arbeit. Er erlässt es sich nicht, alle jene geistigen und moralischen Eigenthümlichkeiten, jene Härten und Schroffheiten des Charakters, jene Unstätigkeit des Geistes in sein Lebensbild aufzunehmen, welche *Griesinger*'s deutsche Biographen und unter ihnen seine nächsten Freunde, theils entschuldigend, theils beklagend, gekennzeichnet haben und die nicht selten seine Beziehungen zur Mitwelt getrübt und die Vortrefflichkeit seiner wissenschaftlichen Leistungen beeinträchtigten. So macht sein Lebensbild einen ähnlichen Eindruck, wie jene Faustnaturen, die in der Sphäre der Wissenschaft stets „Taumeln von Begierde zum Genuss und im Genuss verschmachten vor Begierde", unablässig der Vollkommenheit nachjagend, ohne sie je zu erreichen, und unruhig, obwohl mit stets gleichem Eifer, von einem Thema zum anderen schweifend. — Wir Deutsche sind nachsichtiger in der Beurtheilung unserer ausgezeichneten Todten. Wie wir uns nicht um die sittlichen Mängel und Gehrechen eines Cicero, eines Horaz, eines Baco von Verulam kümmern, während wir ihre uns hinterlassenen Werke dankbar bewundern: so vergessen wir in der Anerkennung der Verdienste hervorragender Mitlebender, wenn der Tod sie uns entrissen hat, schnell ihre Schwächen und Fehlgriffe, selbst wenn sie uns einst genöthigt haben, gegen die nachtheiligen Wirkungen derselben uns aufzulehnen. Und in der That: es ist genug des Verdienstlichen aus dem Leben und der wissenschaftlichen Thätigkeit *Gr.*'s zu verzeichnen, was uns jene Schwächen vergessen machen kann. Dies alles ist unter uns zu bekannt, als dass es hier einer Aufzählung bedürfte. Der Verf., der zunächst für seine Landsleute schrieb, giebt nach seiner Weise eine sorgfältig eingehende und gewissenhafte Analyse der wissenschaftlichen Leistungen *Gr.*'s, mit Hinblick auf die kritischen Bemerkungen, welche *Lasèque* an das Werk über die „Infections-Krankheiten" und *Baillarger* an dasjenige über „Geistesstörungen" geknüpft haben, die beide bei uns fast für klassisch gelten. Am wenigsten befriedigt ist auch der Verf. durch das Reform-Project *Gr.*'s bezüglich der „Irren-Anstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland", ein Project, dessen Verwirklichung der Tod verhindert hat; doch berührt er nur flüchtig den literarischen Streit, welchen dasselbe bei uns anfachte. Die Verdienste aber, welche sich *Gr.* um die medicinische Wissenschaft erworben, erkennt er in vollem Maasse an; vielleicht geht er sogar etwas zu weit, wenn er zu seinem Ruhme die Einführung der zwanglosen Behandlung der Irren bei uns, — welche wohl mit vollerem Rechte seine Collegen *Dick* und *Meyer* in Anspruch nehmen dürften, so wie die Errungenschaft der persönlichen Exploration der Inculpaten bei zweifelhaft psychischen Zuständen durch den Gerichtsarzt ihm zuschreibt. Der Gesammteindruck aber, den *Gr.*'s wissenschaftliche Erscheinung auf den Verf. macht, spricht sich in den Worten aus, die wir S. 41 seiner Biographie finden: „Jedenfalls er-

kennen wir, dass wir uns in Hinsicht auf die Pathologie dès Nervensystems des Gehirns und der Geistesstörungen einem der angesehensten Namen Deutschlands gegenüber befinden." Sollte die vom Verf. S. 36 fragweise hingeworfene Vermuthung nicht irrthümlich sein, dass *Gr.* durch eine bezügliche Aeusserung über die Biographie *Mittermaier*'s ihn, den Verf., zu seinem Panegyristen in Frankreich designirt habe, so hat er in der That dieser Pflicht auf's Ehrenvollste genügt. *Fl.*

Aus dem 13. Jahresbericht der Commissioners in Lunacy für Schottland. Edinburgh 1871.

Am 1. Januar 1870 befanden sich 7571 Irre in den schottischen Anstalten, darunter 3561 Männer, 4010 Frauen. Die Zahl der Armen, auf öffentliche Kosten Erhaltenen betrug 6276, die der aus eignen Mitteln Verpflegten 1295. Dazu kommen noch etwa 2000 ausserhalb der Anstalten Verpflegte, so dass sich die Gesammtzahl der Irren in Schottland am 1. Januar 1870 auf 9571 beziffern würde.

1858 betrug die Anzahl der in Anstalten Befindlichen 5794 und stieg von da an von Jahr zu Jahr.

Die Zahl der Irren hat sich bis zum 6. Januar 1870 gegenüber der von 1858 um 1664 vermehrt mit einem Mehraufwand von 249,600 Pfd. Sterl. (150 Pfd. Sterl. pro Kopf) jährlich.

Unter den 1860—70 in Irrenanstalten Verpflegten waren 26,1 pCt. aus eigenen Mitteln, 73,9 pCt. auf öffentliche Kosten Verpflegte.

Unter je 100 Genesenen gehörten 25,4 pCt. der ersteren, 74,6 pCt. der letzteren Categorie an. Unter 100 Ungebesserten stellte sich das procenterische Verhältniss wie 44,2 pCt. zu 55,8 pCt. und unter 100 Gestorbenen wie 18,1 pCt. zu 81,9 pCt.

Eine grössere Zahl von Aufnahmen und Genesungen ergab sich für die Monate April, Mai, Juni, Juli, August, eine grössere Zahl von Todesfällen für November bis incl. Mai.

1865—70 betrug der Procentsatz der Todesfälle in den 6 Wintermonaten 53,54 pCt. und in den 6 Sommermonaten 46.45 pCt.

Die Verpflegungskosten für unbemittelte Irre stellten sich 1869 auf 131,709 Pfd. Sterl. gegenüber 1858 mit 80,652 Pfd. Sterl.

Unglücksfälle kamen in den schottischen Irrenanstalten 37mal im Jahr 1870 vor, 11 mit tödtlichem Ausgang, wovon 5 durch beabsichtigten Selbstmord, 2 durch nicht beabsichtigte Selbsttödtung. Knochenbrüche und Luxationen, theils durch Fallen, theils durch Raufereien mit Kranken und Wärtern, wurden 26mal verzeichnet, Entweichungen kamen 121mal vor, Schwängerung einer Anstaltsirren einmal.

Polizeilich eingeliefert wegen Gemeingefährlichkeit wurden 30 Irre.

9 verbrecherische Irre wurden in die Irrenstation des allgemeinen Strafhauses zu Perth aus Gefängnissen eingeliefert, darunter 4 Diebe, 3 Mörder, 1 Kindesmörderin, 1 wegen Körperverletzung Bestrafter. Unter den 9 Eingelieferten waren 4 Männer, 5 Frauen, von denen ein Mann genas.

Der Bericht tadelt bitter die Ungerechtigkeit, dass Verbrecher, die schon zur Zeit der Untersuchung oder zur Zeit der That geisteskrank befunden wurden, wenn genesen, dennoch in der Irrenstation Perth wider alles Gesetz, auf unbestimmte Zeit (during her majesty's pleasure) zurückgehalten werden, einfach weil Niemand es wagt, sie für nicht mehr gefährlich zu erklären, eine Härte, die gegenüber unglücklichen Müttern, die in einem Anfall von puerperalem Irresein ihr Kind umbrachten, entsetzlich ist.

Sind Kranke, die erst in der Strafhaft irre wurden, genesen, bevor sie ihre Strafzeit abgebüsst haben, so kommen sie in die Gefängnisse zurück, ist aber ihre Strafzeit abgelaufen, ehe sie genesen sind, so schickt man sie, wenn ihr Verbrechen kein schweres war, in die Irrenanstalten ihres Heimathsbezirks, andernfalls bleiben sie in der Irrenstation Perth bis zur Genesung oder zum Tod.

Der Bericht über die Anstalt lautet günstig. Restraint wird nur noch auf der Männerabtheilung zur Vorbeugung impulsiver Gewaltausbrüche angewandt.

Wegen der Trunksüchtigen, die erfahrungsgemäss nicht nur gefährlich, sondern auch schädlich für ihre und ihrer Angehörigen Interessen, in der Freiheit sind, spricht der Bericht den Wunsch aus, dass ihre Aufnahme und Reclusion in asylartigen Anstalten gesetzlich gebilligt und ermöglicht werde, die letztere nicht nur für die Dauer des Anfalls sondern länger, etwa auf Jahresdauer.

Dr. *v. Krafft-Ebing.*

Kleinere Mittheilungen.

Die Tobabtheilung der Centralirrenheilanstalt zu Kasan. — Im dritten Heft der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie 1871 ist von Dr. *Herz* in Bonn die Beschreibung einer neuen Tobzelle mitgetheilt. So lange auf diesem Gebiete, sei's auch im Interesse von Privatanstalten, neue Vorschläge gemacht werden, ist man berechtigt, die Frage über die Einrichtung von Tobabtheilungen noch als nicht geschlossen zu betrachten. Dieser Umstand veranlasst mich eine Beschreibung der Tobabtheilung der Centralirrenheilanstalt zu Kasan mitzutheilen, umsomehr, als die Principe, denen sie ihre Entstehung verdankt, in mancher Beziehung von denjenigen abweichen, welche in den meisten öffentlichen Anstalten durchgeführt sind.

Die Centralirrenheilanstalt zu Kasan wurde am 1. Juli 1869 eröffnet. Zur Heilanstalt bestimmt, ist sie ihrem Zwecke mehr oder minder entsprechend eingerichtet. Indess weder der Bauplan, noch die Organisation weisen genügende Eigenthümlichkeiten auf, um einer Detailbeschreibung der Anstalt ein grösseres Interesse verleihen zu können. Nur eine Abtheilung der Anstalt scheint mir so wesentlich von der hergebrachten Weise ihrer Organisation abzuweichen, dass ich glaube, eine nähere Schilderung derselben dürfte den Fachgenossen nicht ganz unerwünscht sein. Diese Abtheilung ist eben die Tobabtheilung.

Auf meiner letzten Reise im Auslande (1862—1864) richtete ich meine Aufmerksamkeit vorzugsweise auf die bestehenden Tobabtheilungen der verschiedenen Anstalten, nicht etwa deshalb, weil die übrigen Abtheilungen ein geringeres wissenschaftliches oder praktisches Interesse böten, sondern deshalb, weil von allen Abtheilungen der Kasaner Anstalt schon damals die Tobabtheilung die einzige war, bei deren Einrichtung die Möglichkeit bestand, wesentliche Umänderungen und Verbesserungen im angenommenen Bauplane in der That durchzuführen.

Die Erfahrungen, die ich auf meiner damaligen Reise sammelte, legte ich in einer Schrift nieder, welche unter dem Titel: „Ueber den Zwang im Irrenhause" im Druck erscheinen sollte. Indess unvorhergesehene Umstände, vielseitige, anderweitige Beschäftigungen während des Baues der Kasaner

Anstalt (1864—1869) verhinderten die Ausführung meiner Absicht. Gegenwärtig diese Schrift zu veröffentlichen, dürfte ein Anachronismus, das aber derselben im Auszuge zu entnehmen, was auf die Genesis der Tobabtheilung der Kasaner Anstalt Einfluss gehabt, durch den Zweck dieser Mittheilung geboten sein.

Zur Entfernung so weit als möglich allen Lärmens, Schreiens und Polterns von den übrigen Abtheilungen der Anstalt verlegte man die Tobabtheilungen stets an das äusserste Ende derselben. Diese Einrichtung finden wir in den meisten Anstalten, die in den letzten 30, 40 Jahren gebaut worden, mehr oder minder vollständig durchgeführt, wie in Gent, Klingenmünster, Frankfurt a. M., München, Wien, Neustadt-Eberswalde, Auxerre u. a. Sie ist auch in Kasan angenommen und bedarf wohl keiner näheren Motivirung.

Mit diesem Arrangement ist indess nur ein Theil der Aufgabe gelöst und zwar derjenige Theil, der für die Tobsüchtigen selbst nur eine negative Bedeutung hat. Eine Einrichtung, welche nur erreicht, dass das Lärmen der Tobenden für die übrigen Bewohner der Anstalt ungehört verhallt oder doch nur von Denjenigen unter ihnen vernommen wird, die den geringsten Nachtheil davon haben (wie z. B. die Paralytiker) leistet natürlicher Weise für die Tobenden selbst noch nichts. Aufgabe der Tobabtheilung ist, nicht nur den übrigen Kranken Schutz und Schonung zu gewähren, sondern auch die Tobenden selbst unter solche Bedingungen zu versetzen, dass sowohl zu ihrer Beruhigung als Heilung, wo möglich, etwas beigetragen werde.

Bemerkenswerth ist, dass in den englischen Anstalten, die ich gesehen, eigentliche Tobabtheilungen nicht existiren. Statt einer solchen finden wir in den verschiedenen Abtheilungen für ruhige und unruhige Kranke hier und da einige Einzelzimmer eingesprengt zur zeitweiligen Isolirung aufgeregter Kranker. Erst in neuerer Zeit scheint man diese Anordnung weniger befriedigend zu finden. So z. B. hat die hübsche *Derby*'sche Anstalt eine kleine Abtheilung, der man kaum die Bedeutung einer Tobabtheilung versagen kann, obgleich sie lange nicht so isolirt ist, wie die meisten ähnlichen Abtheilungen der deutschen und einiger französischen Anstalten.

In Erwägung dessen, dass hochgradiges, andauerndes Toben, wenn nicht bei Zeiten gedämpft, früher oder später zur Erschöpfung der Kranken führen muss, macht sich die Forderung geltend, die Tobabtheilung so zu construiren, dass in ihr, so viel als möglich, der Tobende wirklich eine Beruhigung finde. Um diese zu erreichen, ist vor Allem nothwendig, dass der Tobende in eine stille Umgebung trete. Wenn es um ihn herum laut und wild hergeht, so lässt sich kaum hoffen, dass er selber stiller und ruhiger werde, insofern nemlich eine derartige Veränderung in ihm überhaupt durch äussere Einflüsse bewirkt werden kann. Er muss also Ruhe haben, um selbst ruhiger zu werden. Ausserdem ist bekannt, dass

Unruhe „ansteckt“. Ein Tobender bringt nicht selten alle seine Nachbaren in Aufregung.

Der angegebene Zweck dürfte sich schwerlich erreichen lassen, wenn alle Einzelzimmer der Tobabtheilung in einer Reihe neben einander liegen.

Schon *Guislain* gab den Rath „évitez en tout cas les longues séries de cellules“ und schlug vor, für je drei Kranke einen selbständigen Pavillon zu errichten. Der Bau der Genter Anstalt wurde aber erst nach *Guislain*'s Tode vollendet und verfiel diese grade dem Uebelstande, welchem ihr Begründer aus dem Wege gehen wollte. Ihre Tobabtheilung unterscheidet sich von den gleichen Abtheilungen anderer Anstalten hauptsächlich nur dadurch, dass die einzelnen Zellen sich in einem Halbbogen an einander reihen — eine Einrichtung, deren Werth, in der angeregten Beziehung, nur von dem akustischen Effekt des Segmentes abhängen dürfte. Andererseits fanden wir die Absicht *Guislain*'s bis in's Extrem durchgeführt in der bekannten Abtheilung *Falret*'s in der Salpétrière, wo auf einem öden, von hohen Steinmauern umfassten Hofe zwölf kleine Häuschen (cholets) standen. In sämmtlichen deutschen und französischen Anstalten, die mir bekannt wurden, fand ich den Rath *Guislain*'s unbefolgt: die Einzelzimmer (Tobzellen) lagen eine neben der anderen, hier und da durch ein Zimmer getrennt, welches nicht zum Aufenthalt für Kranke bestimmt war, wie Wannen-, Garderoben-, Wärterzimmer. Andererseits war die Baulinie, auf welcher die Tobzellen standen, in einigen Anstalten im rechten Winkel gebrochen, wie z. in München, Neustadt u. a.

Auf Grundlage der angeführten Bemerkungen sind die einzelnen Zellen der Kasaner Tobabtheilung so weit wie möglich aus einander gelegt; auf jeden Fall haben wir keine Zellenreihe.

Ferner fand man, dass es weder theoretisch richtig, noch praktisch nützlich sei, die Tobenden fortwährend (Tag und Nacht) in den Einzelzimmern zu lassen. Man errichtete daher besondere, gemeinschaftliche Tagesräume oder erweiterte die Corridore vor den Tobzellen in erforderlicher Weise zu saalförmigen Räumen (Tobsälen). Erstere Einrichtung findet sich in Gent, München, Frankfurt; letztere in Wien, Osnabrück u. a.

Beide Einrichtungen halte ich für unzulänglich. Die Gesellschaft mehrer Tobsüchtiger, auch wenn sie zeitweilig ruhiger sind, enthält doch zu viel unassimilirbare Elemente, um die Fortdauer der allgemeinen Ruhe zu garantiren. Dieses aber umsomehr, wenn einzelne Kranke in ihren Zellen, die ja unmittelbar auf den Tagesraum münden, fortfahren zu toben, wodurch die in letzterem Befindlichen leicht aufgeregt werden können. Ausserdem kommt es nicht selten vor, dass unter den Tobsüchtigen vorzugsweise zwei, drei sich unter einander nicht vertragen können, ja dass schon die Entfernung eines aus ihrer Mitte zuweilen genügt, um den anderen eine relative Ruhe zu sichern.

Um daher eine grössere Vertheilung der Tobenden zu ermöglichen,

habe ich in unserer Tobabtheilung für je vier Kranke einen Tagesraum' Sollen aber auch diese vier Personen, aus irgend welchen Gründen nicht beisammen bleiben, so bieten die kleineren Corridore vor den Zellen die Möglichkeit, jene noch weiter von einander zu isoliren.

Da die Tobsucht in den meisten Fällen Remissionen macht, so fragt sich, wie lange der Kranke in der Tobabtheilung verbleiben soll. Ich denke, er darf in derselben nur so lange verweilen, als gerade diese Form der Isolirung nothwendig ist. Es dürfte aber aus verschiedenen Gründen misslich sein, ihn sogleich aus der Tobabtheilung zu entfernen, sobald der erste Erfolg derselben sich zeigt, d. h. wenn er ruhiger geworden ist, da sich nicht immer mit Sicherheit bestimmen lässt, wie bald eine neue Exacerbation eintreten kann. Für solche Zwischen- und Uebergangszustände, in welchen das Verbleiben in der Tobabtheilung überflüssig, das Ueberführen aber in eine andere Abtheilung verfrüht wäre, schien es mir nothwendig, ein besonderes „Uebergangszimmer" in unmittelbarem Anschluss an die Tobabtheilung einzurichten — einen Raum, wie ich ihn in ähnlicher Weise (wenn ich mich nicht irre, für genesende Kranke) nur in Winnenthal bei Zeller gefunden habe.

Dass der Tobabtheilung die nöthigen Nebenräume (Wannenzimmer, Retiraden) beigegeben sind, versteht sich von selbst. Dagegen fehlen bei uns die eigentlichen Wärterzimmer. Die Bedienung nächtigt in den Tagesräumen der Abtheilung. Um ferner die Aufsicht über die ganze Abtheilung zu verschärfen, befindet sich in derselben die Wohnung des Gehülfen des Oberaufsehers der Anstalt.

Was nun die innere Einrichtung der Tobabtheilungen in den ausländischen Anstalten anbetrifft, so schien von jeher das Verhältniss der Tobsüchtigen zu „Licht und Fenster" von besonderem Einfluss auf jene gewesen zu sein. Sei's um das Licht abzuhalten, sei's um die Fenster vor dem Zerschlagen oder den Tobenden vor Selbstverwundung zu bewahren — in den meisten Anstalten fand ich Vorkehrungen, die man in gewöhnlichen Wohnungen nicht herstellt. Hochlicht, Oberlicht und Seitenlicht war in der verschiedensten Weise angebracht. Ebenso verschiedene Einrichtungen existirten, um die Menge des einfallenden Lichtes auf ein Minimum zu verringern durch einfache Laden oder mehr oder minder schwer dirigirbare Mechanismen. Hierzu kommen die verschiedensten Formen von Eisengittern und Drathnetzen nebst mehr oder minder complicirtem Fensterverschluss. Mit nicht geringerer Aufmerksamkeit suchte man den Thüren der Tobzellen gehörige Festigkeit und starken Verschluss zu geben, wobei nicht immer alles Kerkermässige vermieden werden konnte. Zur inneren Einrichtung gehört auch die Anlage der Retiraden, wie andere Vorkehrungen zur Wahrung der Reinlichkeit. Sämmtlichen Collegen ist bekannt, dass zu diesem Zwecke doppelte Corridore mit Hinterthüren, beweglichen und unbeweglichen Nachtstühlen, verschiedene Belegungen der Dielen und Wände in den Anstalten gefunden werden. Ich glaube aber, dass es ge-

genwärtig kein Geheimniss mehr ist, dass alle diese Einrichtungen, so zweckmässig sie auch in gewissen Einzelfällen sein mögen, im Grossen Ganzen doch den Erfolg nicht gehabt haben, den man von ihnen erwartete. Alles, was ich über diesen Gegenstand in meinen Reiseerinnerungen verzeichnet finde, lässt sich darauf zurückführen, dass es mich nicht veranlassen konnte, bei der Organisation unserer Tobabtheilung jene Einrichtungen nachzuahmen.

Der Tobsüchtige, wie jeder Geisteskranke, muss nach meiner Ansicht vor Eindrücken bewahrt werden, die durch ihre Ungewöhnlichkeit ihn reizen, aufregen und zu falschen Vorstellungen oder Zerstörungsversuchen führen können. Je einfacher daher, je gewöhnlicher sein Zimmer ist, desto besser. Dabei hab' ich in den Tobzellen gewöhnliche Fenster, die von der Diele nur um ein Geringes mehr abstehen, als das in den übrigen Abtheilungen der Anstalt der Fall ist. Die Vergitterung des Fensters wird durch die Fenstersprossen verdeckt und gewöhnliche Holzladen dienen zum Abschluss des Lichtes. Das Fensterbrett liegt schräge, so dass der Kranke wohl über dasselbe heraussehen, sich aber nicht an ihm heraufschwingen kann. Die Bretter der Thür sind, nach englischem Muster, in zwei Lagen kreuzweise über einander gefugt, so dass auch heftige Fusstritte sie zu sprengen nicht im Stande sind. Der Verschluss der Thüren besteht in einem einfachen Federschloss. In der Thür ist eine horizontale Spalte eingeschnitten, durch welche man den grössten Theil des Zimmers übersehen kann; über der Thür befindet sich eine durch ein feines Drathnetz geschlossene Lichtung, durch welche aus dem Corridore hinreichendes Licht für die Nacht hineinfällt. Die Wände sind cementirt und auf Manneshöhe mit Oelfarbe gestrichen. Die Dielen haben in den verschiedenen Zellen verschiedene Einrichtung: es giebt gewöhnliche Dielen, Eichenparquets, asphaltirte, mit dicker und mit Oel gestrichener Pappe belegte u. a. Welche von ihnen sich am besten bewährt haben, glaube ich gegenwärtig noch nicht definitiv entscheiden zu können.

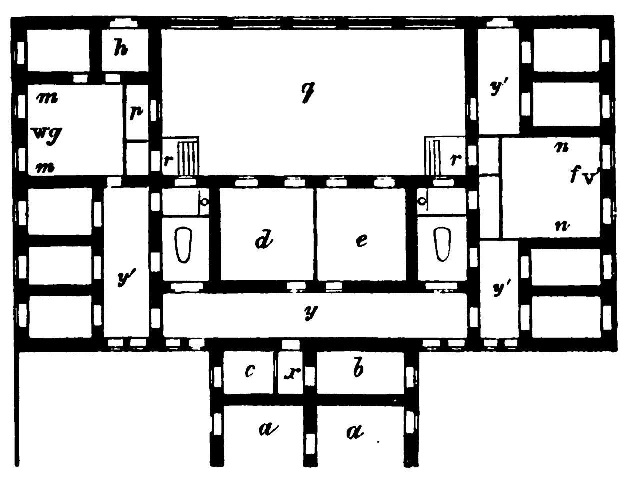
Einen Tobenden zu veranlassen, dass er jedes Mal das Nachtgeschirr benutze, halte ich für unmöglich. Dazu aber, dass er es dann und wann thue, eine besondere Vorkehrung zu treffen, sehe ich keine genügende Veranlassung. Gegen Unreinlichkeit, so bedeutend auch die Mithülfe mancher Vorkehrungen in einzelnen Fällen sein möge, giebt es zuletzt doch immer nur ein einziges Radicalmittel: fortwährende Aufsicht und unermüdliche Thätigkeit der Bedienung.

Schliesslich wäre noch zu erwähnen, dass das Ameublement der Zellen nur in einer in der Mitte des Zimmers an den Fussboden festgeschraubten Couchette besteht (mit wasserdichtem Zeug überzogen), die in der Nacht als Bett dient. In einer verschliessbaren Lade derselben befindet sich Bettwäsche, Kopfkissen und Decke. Dieselbe Einrichtung haben die Sophas der Tagesräume und werden in der Nacht von der Bedienung zum Schlafen

benutzt. In letzteren ist ausserdem ein Tisch nebst zwei Böcken an die Diele geschraubt.

Die Tobabtheilung der Männer ist ganz in derselben Weise eingerichtet, wie diejenige der Weiber, jede für acht Kranke.

Wie oben bereits erwähnt, liegt die Tobabtheilung unserer Anstalt am äusserten Ende derselben, im unmittelbaren Anschluss an die Abtheilung der Gelähmten und Unreinlichen (*aa*). Aus dieser führt ein Corridor (*x*)



durch einen Vorraum (Garderobe *c*, Bouffet *b*) in die Tobabtheilung). Diese besteht aus drei Theilen: zwei seitlichen und einem mittleren. Im letzteren liegen die Wohnung des Gehülfen des Oberaufsehers (*d*) und das Uebergangszimmer (*e*). Beide münden unmittelbar auf den Verbindungscorridor (*y*) zwischen den seitlichen Theilen. Jeder der letzteren ist für vier Kranke bestimmt. Auf der rechten Seite liegen je zwei Zellen nebeneinander und werden durch den Tagesraum (*f*) von einander getrennt; auf der linken Seite scheidet der Tagesraum (*g*) drei neben einander liegende Zellen von der vierten und fünften. Letztere (*h*) ist, als Ausnahme von der Regel, mit gepolsterten Wänden versehen und mit hohem Seitenlicht. Auf beiden Seiten der Abtheilung befinden sich je ein Wannenzimmer und Retirade (Watercloset); ebenso führt von beiden Seiten ein Ausgang (*r*, *r*) zu ebener Erde auf den Tobhof (*q*). Dieser ist mit einem Graben von nur geringer Tiefe versehen, doch so, dass ein Erreichen mit der Hand des oberen Randes der Mauer unmöglich wird. Der Hof ist mit Rasen belegt und hat hier und da fest in der Erde stehende Bänke. In den Tagesräumen stehen (bei *v* und *w*) Tisch und Bänke und (bei *nn* und *mm*) mit Leder überzogene Sophas. Der kleine Raum (*p*) auf der linken Seite dient zum Fortstellen verschiedener Geräthe, die von der Bedienung gebraucht werden.

Jede Zelle ist 6 Arschin lang und 4 Arschin breit; alle Räume der Abtheilung sind 6 Arschin hoch. Sämmtliche Corridore (y, y', y') sind gewölbt. Der Luftraum der ganzen Tobabtheilung beträgt nahe an 20 Cubikfaden für jeden Kranken.

Die Heizung geschieht durch Wasserdampf und sind die Apparate dazu im Kellergeschoss aufgestellt. Die Ventilation, im Sommer von der Heizung unabhängig, erfolgt par suction. Die Krähne der Wasserleitung und Waschapparate befinden sich in den Wannenzimmern.

Dr. *A. B. Frese.*

Melanose des Gehirns. — Gregorio Tricca aus der Provinz Arrezo, 42 Jahr alt, Maurer, arm, verheirathet, Vater von 2 Söhnen, wurde am 22. August 1867 in die Irrenanstalt von Siena gebracht. Es war ein Mann von gewöhnlicher Statur und Leibesbeschaffenheit, blond, zu venöser Constitution neigend, mit regelmässigen Zügen, lächelnder, gefälliger Miene, mit etwas unsicherem Schritte sich nähernd, roth gefärbt, etwas hängender Unterlippe, mattem, trägem Auge, halbgeschlossenen Augendeckeln. Am leicht thränenden Auge erschien die Bindehaut gereizt, die Pupillen zogen sich unregelmässig zusammen — die linke war kleiner. Zum Sprechen veranlasst, verlässt ihn nicht sein stupides Lächeln, allein das Wort kömmt ihm schwer an, — er weiss gehörig Bescheid zu geben über sich und was ihn umgiebt; allein Gedächtniss und Urtheil erweisen sich als geschwächt. Dabei ist er zufrieden mit sich und heiter, rühmt seine Stärke, die Tausende und Millionen von Schafen, Rindern und Pferden, die er zu Hause verlassen hat — erweist sich auch als gelehrig und bescheiden, obschon ihn sein Handwerksbuch als unruhig und zu Zorn geneigt darstellt. Ebendaher liess sich auch erheben, dass er dem Wein und Alkolaten ergeben sei, wodurch er sich Hirncongestionen zugezogen, in Folge deren er früher an Gemüthsdepressionen zu leiden hatte. Von Eltern oder Verwandten war keiner Irrsein, Epilepsie odes Nervenkrankheiten unterworfen. Seine Geistesstörung scheint Mitte 1866 begonnen zu haben, wo er in einem Ofen zu arbeiten hatte und von heftiger Hirncongestion überholt wurde, die mit allgemeinen und örtlichen Blutentleerungen behandelt, Schwäche und intellectuelle Störungen hinterliess. Im Sommer 1867 nahmen sie zu, der Kranke verliess die Arbeit, vagirte im Lande herum, drohte zu Hause Weib und Kinder zu ermorden, so dass er im August im Spitale zur Beobachtung eingeschlossen wurde, aus der sich Manie ergab, weshalb er in die Irrenanstalt übergeführt wurde. — Hier stellten sich deutlich die Zeichen der Paresis progressiva vom Grössenwahnsinn begleitet heraus und zwar in der zweiten Periode von den Franzosen mit Periencephalitis diffusa bezeichnet, wo Pia mater und graue Substanz im Zustande der Blutcongestion sich

befinden unter Zu- und Abströmen; wo kleine aber öftere Blutentziehungen, Vesicantien im Nacken, Abführmittel, laue Bäder mit kalten Fomenten auf den Vorderkopf ihre Anzeige fanden, — wo die Entfernung äusserer Reizmittel, moralische Diät im Vereine mit anderen hygienischen Verordnungen die magere Hoffnung eines Stillstandes der Krankheits-Erscheinungen nähren, von Unerfahrenen mit Heilung verwechselt.

Dieses war denn auch der Fall mit dem Kranken, der nach Ablauf eines Monates gestärkt an Muskelkraft, freier im Sprechen, in Wort und That weniger unordentlich, zur Maurerarbeit im neuen Irrenhause konnte verwendet werden. Es war von kurzer Dauer; die Anfälle von Congestion wiederholten sich kürzer nach einander und heftiger, — nach jedem Anfalle blieb die Sprache immer gehinderter, die Arme zitternder, der Gang schwankender und unsicherer. Zuweilen, wenn er beim Gehen aus dem Takte kam, stolperte er rückwärts und fiel nieder. Im nächsten Winter trat die Krankheit in die dritte Periode über, der Hirndesorganisation. Die Sprache war nur mehr eine unarticulirte und confuse Lippenbewegung, aus der zuweilen nur die Worte hörbar wurden: Millionen, Schafe, Ochsen, Pferde. Gehen war unmöglich geworden, der Kranke musste im Bette bleiben oder auf einem Stuhle sitzen — den langsamen eintönigen Fortschritt der Paralyse unterbrachen zeitweise epileptische und apoplektische Zufälle begleitet oder gefolgt von Muskelcontracturen. Sie befiel endlich auch die Schlundmuskeln, jene der Blase und des Mastdarms — Folge war beschwertes, schmerzhaftes und wegen Erstickung gefährliches Schlucken, Abgang von Koth und Urin. Der ganze Körper war eine träge Masse geworden ohne Willenskraft und Intelligenz, an den unteren Theilen hatten sich Brandschorfe gebildet, welche Muskeln und Knochen blosslegten. Der ganze Körper war marasmirt und das Gesicht durch Contractur einiger Muskeln und Nachlass der anderen völlig entstellt — der Unglückliche endet begraben in tiefes Coma.

Necroscopie 36 St. p. m. Schädel symmetrisch mit dünnen Wänden — nach *Parchappe's* Methode vertical durchschnitten ergab

er von vorne nach hinten einen Durchmesser von	18
„ seitlichen von	12,4
die Curven betrugen von vorn nach hinten	29,4
seitlich	30,2
die vordere	25,6
die hintere	20,4
im Ganzen .	136,0

Beim Abheben der Schädeldecke fiel die bleischwarze Färbung der Oberfläche der rechten Hemisphäre auf. Es war die linke Hemisphäre nicht ganz frei von dieser Schwärzung, allein sie war viel geringer und beschränkte sich auf die vorderen Windungen, welche an die grosse Mittel-Scissur anstossen — es hatte den Anschein, als wenn die schwärzende Materie von einer Hemisphäre ausgehend nicht weiter sich habe erstrecken

können; desto tingirter war die rechte Hälfte von vorne nach hinten, von wo aus diese Färbung sich auch nach der Seite und der Basis des Gehirns erstreckte; — daran nahm aber weder die Dura-mater noch die Arachnoidea Antheil, während die Pia-mater, in wie ferne sie der derartig veränderten Hirnoberfläche entsprach, denselben Process eingegangen hatte. Arachnoidea bot starke Trübung dar an den schwarzen Theilen und an den natürlich gefärbten. An der grossen Falx, wo deren vorderes Drittel mit dem mittleren zusammenstösst, war eine erbsengrosse Knochenconcretion eingebettet, von scharfen, kantigen Rändern, massiv und in der Mitte erhaben. Die schwarze Färbung umfasste auch einen grossen Theil des kleinen Gehirns. Nachdem man die Hemisphären in der Richtung des Corpus callosum durchschnitten und dann in verticale Scheibchen getheilt hatte, konnte man sehr gut die Ausdehnung und den Zug der melanotischen Färbung in das Hirn-Parenchym verfolgen; denn bei allen unter der schwärzlichen Oberfläche gelegenen Theilen war die Rindensubstanz gleich geschwärzt, oder besser, auf einem dunkel-aschgrauem Grunde sah man feine, sehr dichte Punctirung, welche Prof. *Mattei* mit einer frisch rasirten haarigen Gesichtshaut verglich. Diese schwärzliche Färbung in der Rindensubstanz nahm von unten nach oben sich verlierend ab. Prof. *Mattei* bemerkte, dass die graue krankhaft veränderte Substanz, sowohl im Gross- als Klein-Gehirn sich wie in 2 Schichten getheilt darstellte, nemlich eine oberflächliche, dünnere, von ohngefähr 1 Millim. und einer unteren, dickeren. Diese melanotische Färbung überschritt nicht um einen Strich die graue Substanz, denn die Grenze zwischen dieser und der weissen Substanz, war gewahrt geblieben. An einigen Stellen, wo die graue Substanz nicht von der melanotischen Affection war ergriffen worden, konnte man hie und da gelbliche Maale bemerken als Zeichen von Fettentartung. Jene schwarzen Puncte nun, die durch die graue Substanz durchstechen, sind nichts anderes gewesen, als die kleinen Mündungen durchschnittener Blutgefässe, wovon man die grösseren sogar noch mit einer gewissen Sicherheit isoliren konnte, fast schwarz gefärbt zum Vorschein kommend. Alles dieses konnte man mit unbewaffnetem Auge wahrnehmen. Unter dem Microscope zeigte ein Fragment die grauen Substanz-Gefässchen, von einem gewissen Kaliber, wimmelnd von schwarzen Pigment-Granulationen, isolirt oder vereint zur Masse eines rothen Blutkörperchens. Mitten im Pigmente konnte man die rothen und die weissen Blutkügelchen in ihrer natürlichen Integrität sehen. Nahm man unter das Microscop ein Scheibchen grauer Substanz zur Beobachtung, so gewahrte man eine grosse Zahl von Blutcanälen, mit unbewaffnetem Auge nicht sichtbar, in ihrem Inneren Pigment enthaltend und aneurismatische Erweiterungen zeigend. Die Capillargefässe gaben jedoch nicht das geringste Anzeichen von Pigment-Granulationen. Die grössere Menge desselben fand sich da vor, wo die grösste Farbentartung der grauen Substanz stattgehabt, denn selbstverständlich hielten Intensität der Färbung und Pigment-Menge gleichen Schritt. Die histologische Form der Nerven-Elemente

war, wirklich sonderbar, nicht verändert. Auch die Arachnoidea zeigte an Punkten ihrer grössten Trübung Pigment-Granulationen unter dem Microscope, allein durchgängig ausserhalb der Blutcanäle. Die übrigen mehr negativen microscopischen Befunde übergehen wir, nur bemerkend, dass im linken Herzohre sich geschichtete fibrinöse Gerinnungen vorfanden, gelb gefärbt, sehr resistent, anscheinend von nicht sehr frischem Datum, — dass die Valvul. sigmoid. der Aorta an den freien Rändern Knötchen hatten, die deren Capacität beeinträchtigten — Aorta selbst atheromatös. Im Blute der übrigen Organe fand Prof. *Mattei* keine Spur von Pigment.

Es lässt sich aus diesem praktischen Falle deutlich folgern, dass die graue Substanz der Hirnwindungen, in welcher sich die bedeutendsten und ausgedehntesten materiellen Veränderungen zeigten, als der eigentliche anatomische Sitz der Paralysis progressiva anzusehen sei. Es bestätigt der Fall die Wahlverwandtschaft dieser Affection zur grauen Hirnsubstanz auf evidente Weise. Melanose der grauen Substanz im Falle progressiver Paralyse hat noch kein Autor beschrieben. Die am Kranken vorgefundene krankhafte Veränderung erscheint in Bezug auf ihr Wesen neu. Von nicht geringem Interesse scheinen uns die Studien zu sein, die Verfasser über seinen klinischen Fall angestellt hat. Wir können sie unseren Lesern nur in Fragmenten vorlegen. Die Mehrzahl, fast die meisten Autoren haben die fragliche Krankheit auf einen activen Congestiv- oder entzündlichen Zustand der Pia-mater und der grauen Substanz zurückgeführt. Die französische Schule hat sich wohl am meisten und angelegentlichsten damit beschäftigt, — was wir über Paralysis progressiva erfuhren, kam in der That aus ihr — auch sie neigte meistens dahin, den Sitz nach der Pia-mater und der Corticalsubstanz zu verlegen. Nun bleibt uns dennoch die Frage über, wie entsteht aber die Melanose? Melanaemia, Meloma, sagt Verf., ist eine Art von Blut-Dyscrasie, eine regressive Metamorphose der Färbsubstanz und gebildet aus einem schwarzen gewöhnlich granulösen Pigmente, bald in mehr oder weniger dicker Masse, bald in Krystalle geformt, die sich in den Gefässkanälen vorfinden und von da in die Gebilde extravasiren. Verfasser ist geneigt, jede Pigment-Entartung als ein hydraulisches, embolisches Hinderniss der Circulation zu erklären und als einen Austritt aus den natürlichen Behältern. Das schwarze Pigment hält er für eine Entartung, der Hämatine in Hamatodine, und die Organe, welche geneigt sind sich mit diesem Pigment zu inficiren, stellt er in folgende Ordnung: Milz, Leber, Lungen, Hirn, Haut, Schleimhaut, seröse Haut, Nieren. Die häufigste Officine der schwarzen Pigmentmaterie ist die Milz und die pigmentirten Zellen. Es ist zur Zeit noch unermittelt, wie viel Zeit es bedürfe, um in schwarzes Pigment zu entarten, und die Pigment-Metamorphose kann normales Gewebe wählen oder solches von neuer Bildung. Im gegebenen Falle nimmt Verfasser an, dass die hochgradige Melanose der grauen Substanz im Gehirn selbst ihren Ursprung genommen. Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen trägt meistens die graue Substanz die Kosten der

Krankheitsarbeit. Es ist ihm die tiefe Zone derselben, aus dicken Zellen zusammengesetzt, die zur Kundgebung der Hirnmotilität dient, allein sie brächte es nie zu Bewegungen, Gebärden, Warten, hätte nicht vorgängig eine sensitive Impression statt. Dieser spontane Automatismus erstreckt vermöge der Nervenzellen seine Thätigkeit auf Distanz. Die Harmonie des gesunden physiologischen Zustandes, verkehrt sich in Confusion, Aufruhr, Unordnung, Störungen, sowie sich das vegetative Leben auf irgend eine Weise in dem organischen Laboratorium der Gefühle, der Ideen, der Bewegungen pathologisch verändert. So lange die Krankheit sodann in der Periode der Congestion, der irritativen Congestion verharrt, haben wir es mit einer ausgesprochenen Ueberreizung nicht allein des psychischen sondern auch des vegetativen Lebens zu thun, — der Umdüsterung und Verdunklung der intellectuellen Fähigkeiten reicht der Ruin des motorischen Vermögens die Hand: diese kalte Hand erfasst alle Muskeln des Körpers, der Körper geht seiner letzten Auflösung entgegen. Das Laboratorium dieses traurigen Krankheitsapparates ist stets die graue Hirnsubstanz — sie ist der Sitz der rückschreitenden Metamorphose der Hirnzellen. Der Tod kann das Hirnorgan auf verschiedenen Graden dieser absteigenden Rückbildung erfassen, daher die verschiedenen Entartungsstufen, die sich dem anatomischen Messer und der microscopischen Linse darbieten bei solchen, die an progressiver Paralyse zu Grunde gingen; allein alle ihre Formen entspringen einer einzigen Quelle: Congestion, Entzündung der Cortical-Substanz. Indem nun aber das anatomische Messer Verhärtung, Erweichung und ödematöse Infiltration, dann Atrophie der grauen Substanz, Adhäsionen zwischen den Meningen und dem Parenchym, Ventricular-Hydrose, Rauhigkeiten und Granulation, albuminöse plastische Exsudate und viele andere pathologische Residuen nachgewiesen hat, — rechtfertigt sich von selbst die Einsprache gegen die Geltung einer so ausschliesslichen Quelle — sicher fällt ein grosser Theil der Krankheitsschuld einer perversen Vegetation, einer nutritiven Anomalie, einer krankhaften Nutrition mit abnormen Elementen, einer Kakoplastik oder einem Zerfall organischer Elemente zu. Ebenso stellt das Microscop verschiedene Bilder krankhafter Läsionen dem Auge vor — und ihre Darsteller scheiden sich in zwei Lager, die Einen, die Mehrzahl, besonders deutsche, lassen primitiv die Krankheitsveränderungen in den Gefässwandungen vor sich gehen oder im nahen Bindegewebe, während ihnen die Entartung der Zellen und der Nervenröhrchen durchaus für secundär gilt, — die Anderen dagegen lassen die Entartung dieser Nerven-Elemente im eigenen Schoosse entstehen und untergehen. Die Pigmententartung in den Zellen der Cortical-Schichte sind als anatomischer Fund nachgewiesen und diese Entartungen der Innenschichte der Rindensubstanz in den Hirnwindungen constituiren die materielle und organische Ursache des paralytischen Wahnsinnes vom Delirium ambitiosum begleitet, während die Pigmentablagerungen mehr oder weniger alt den Gang der Krankheit und die organischen Läsionen in den Nervenzellen abschätzen lassen. Schliesslich

nimmt Verfasser zur Erklärung des pathischen Processes noch die volle Analogie der nicht idiopathischen Hirn-Melanose, splenetischen oder hepatischen Ursprunges in Folge des Paludismus zu Hülfe, indem bekanntlich dieselbe bei schweren und perniciösen Fiebern beobachtet wird.

In einer Art von Epicrise über Paralysis progressiva will Verfasser noch die Studien zweier französischer Aerzte hierüber berühren. Es sprechen dieselben dem Gehirne und seinen Umhüllungen jede Krankheits-Initiative an der Paralysie générale ab und damit stellen sie auch die Initiative bei der Hauptarbeit dieses Krankheitswerkes in Abrede. Ihnen genügt weder Gehirn noch Hirnhäute ausschliesslich, um einen so ausgedehnten Krankheitsvorgang zu erschöpfen, der gleichzeitig Bewegung, Gefühl, Intelligenz, alle secretiven und nutritiven Acte, die Verhältnisse der centralen und peripherischen Blutkreisung zu verletzen, mit einem Worte, welche das dynamische und physische Leben des Organismus zu verkehren vermögen. Sie messen solches nur dem Sympathicus maximus bei. Diese Aerzte sind *D. Poincaré* Prof. an der medicin. Schule zu Nancy und *Henry Bonnet* Arzt an der Irrenanstalt von Maréville[1]). Sie stützten ihre Beobachtungen auf 10 Fälle von Paralysis progressiva und legen die ganze Krankheits-Autokratie der Paralysis progressiva dem grossen Sympathicus bei. Es fragt sich aber nun, ob der geröthete melanotische Sympathicus wirklich der Ausarbeiter der erst genannten Krankheit sein könne? Verfasser meint nun um das Bild der somatischen Phänomene der Paralysis progressiva auszulegen oder zu erklären, sei der beste Schlüssel der grosse Sympathicus, wie aber zunächst allein und von vorne herein er diese mannigfaltige Phantasmagorie der Megalomanie zu erzeugen vermöge, lasse sich daher nicht folgern. In seiner Sieneser Irrenanstalt habe er die Megalomanie stets wie ein Schatten der Paralysis progressiva folgen sehen, ohne hiebei die Richtigkeit in Abrede stellen zu wollen, dass andere Alienisten sie zuweilen vom lypemanischen Delirium begleitet beobachtet haben. Eine für ethnische Phrenopathie interessante Bemerkung streut Verfasser ein, nemlich, dass die Mehrzahl der dort aufgenommenen Kranken mit Paralysis progressiva aus Livorno kamen, gewöhnlich Kaufleute, die durch Geschäfts-Unglück von Wohlhabenheit ins Elend verfielen, Menschen durch Leidenschaften und Laster abgenutzt, hitzige Köpfe noch mehr erhitzt durch die Bewegung, die Reibungen und die Wirren des socialen Lebens einer grossen Handelsstadt. Die Hypothese der beiden französischen Aerzte widerlegt Verfasser theils auf wissenschaftlichem Wege, theils stellt er ihr andere Beobachtungen entgegen, und bedingt sich, sollten sie Geltung haben, weitere Bestätigung anderer Beobachter und Alienisten aus, da ihm die vorgelegten 10 Fälle noch nicht genügen. (S. 25.) (Melanosi del cervello in un caso di paralysi progressiva di *Carlo Livi* in Lo sperimentali 1871. 27 S.).

Dr. *S. B. Ullersperger.*

---

[1]) Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale. Annales médico-psycholog. A. 1868.

Psychologie der Verbrecher — nach *J. Brade Thomson* (Oberarzt an dem General Prison for Scootl. Perth, aus Journ. of ment. sc. n. s. XVI. Oct. 1870). *Th.* geht nicht so weit wie *Despine* in s. Psychologie naturelle, Etudes sur les facultés intellectuelles et morales etc. chez les Aliénés et chez les Criminels 1868, welcher annimmt, dass alle schweren Verbrecher auch geisteskrank seien; aber er behauptet auf Grund seiner Beobachtungen, dass alle grossen Verbrecher des moralischen Sinnes und Gefühles fast oder gänzlich baar, dass sie „moralische Idioten" sind, mag auch der Intellect gesund sein. Auch die Diebe von Profession rechnet er dahin. Er beruft sich erstens auf die bei ihnen bemerkbare physische Verkümmerung: Missbildungen in Form und Gestalt, bleiche, gelbe Gesichtsfarbe, scrophulöse Constitution, Reizbarkeit, Heftigkeit, „Unverbesserlichkeit", (diese wenigstens nicht hierher gehörig); auf die bei ihnen häufigen Leiden, Tuberculose und Nierenkrankheiten, ihre geringe Lebensdauer (50 pCt. sterben vor dem 30. Lebensjahre, nur 1 pCt. in hohem Alter, — wobei der Einfluss der ungenügenden Beschaffenheit der Gefängnisse nicht verkannt wird. Zweitens auf den „erfahrungsmässig" niederen Grad ihrer Intelligenz (trotz der Verschmiztheit professioneller Diebe); ferner auf die Häufigkeit der Rückfälle (auf 1094 Aufgenommene kamen 458 Rückfällige und 2874 Rückfälle); auf den Mangel der Reue; endlich auf die bei den Verbrechern häufige Disposition zu Hirnkrankheiten und vollständiger Geisteskrankheit, welche nach Verf.s Berechnungen das Verhältniss von 1 : 47 giebt. (Das Resultat dieser Anschauungen streift in der That hart an den Satz, dass Unsittlichkeit mit Blödsinn zusammenfällt).

Fl.

Ueber Gelenkneurosen. — Mit diesem Namen belegt *Esmarch* die zuerst von *Brodie* als „hysterisches Gelenkleiden" beschriebene Krankheit. Sie gehört zu den Neuralgien und Hyperästhesien, und sitzt in den sensiblen Nerven der Gelenkkapseln und der Umgebung der Gelenke; sie befällt meist hysterische junge Damen, kommt jedoch auch bei gesunden kräftigen und willensstarken Individuen beider Geschlechter vor.

Die Ursache ist meist eine gewöhnlich geringfügige Verletzung (Contusion, Distorsion), seltener ein Gemüthsaffect, bei Hysterischen ist zuweilen keine specielle Ursache nachweisbar; auch Reizungen der Harn- und Geschlechtsorgane sind zuweilen der Grund der Krankheit; in einem Falle war sie durch Druck eines Aneurysma der Art. cruralis auf einen Zweig des Nerv. cruralis bedingt.

Symptome: Heftiger ausstrahlender Schmerz, wie bei schweren Gelenkentzündungen, der aber durchaus den Schlaf nicht stört, sondern bei zunehmender Ermüdung nachlässt; grosse Empfindlichkeit, namentlich gegen leichte Berührungen, während Gegeneinanderdrängen der Gelenkenden nicht besonders schmerzhaft ist. Bei Ablenkung der Aufmerksamkeit schwinden nicht selten Schmerz und Empfindlichkeit.

Die objectiven Symptome sind unbedeutend; entweder findet man gar nichts Abnormes oder nur eine geringe diffuse Anschwellung der Gelenkgegend; zuweilen besteht ein periodischer Temperaturwechsel des Gelenkes oder des ganzen Gliedes; die kurze Zeit dauernde Röthung und Schwellung erinnert an ähnliche Erscheinungen bei Neuralgien des Trigeminus.

Die Kranken haben meist das Gefühl der Schwäche in der betreffenden Extremität, deren Muskulatur selbst bei lange dauernder Unthätigkeit nicht sehr abmagert und auch electrisch reizbar bleibt. Oft werden die Gelenke in einer bestimmten, gewöhnlich der gestreckten Stellung fixirt, werden aber in der Narkose vollkommen frei beweglich.

Der häufigste Sitz der Neurose ist das Knie- und Hüftgelenk, minder häufig das Hand- und Fussgelenk, seltener die Schulter, die Finger und Metacarpusgelenke; Spinalneuralgie und Spinalirritation scheint oft die Folge einer solchen Erkrankung an Wirbelgelenken zu sein.

Oft findet man bestimmte Schmerzpunkte, z. B beim Knie am inneren Rande der Patella, bei der Schulter die Mohrenheim'sche Grube.

Das Leiden zieht sich, namentlich bei unzweckmässiger Behandlung, oft jahrelang hin. Die Mittel, welche gegen Gelenkentzündungen wirksam sind, helfen hier nicht oder verschlimmern die Sache sogar.

Die Behandlung muss vorzugsweise auf Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes gerichtet sein: Eisen, China, kräftige Diät, der Aufenthalt in frischer Land-, See- oder Gebirgsluft, Seebäder, Regenbäder, Kaltwassercuren erweisen sich als nützlich; besonders wirksam fand *E.* den lange fortgesetzten Gebrauch kurzer, kalter Seebäder.

Andere gleichzeitige Beschwerden, als Dyspepsie, Obstruction, Harnbeschwerden, Menstruationsanomalien erfordern besondere Behandlung.

In vielen Fällen hilft eine richtige psychische Behandlung; dahin gehören manche „Wunder“ von plötzlicher Heilung Gelähmter und Verkrüppelter. Kann man den Kranken imponiren und sie zum Gebrauche des kranken Gliedes veranlassen, so hat man nicht selten gewonnenes Spiel. Passive Bewegungen, Massiren, helfen bisweilen. Unter den örtlichen Mitteln sind wiederholte kalte Begiessungen und Douchen am wirksamsten. Die beigegebenen Beschreibungen von Krankheitsfällen sind im hohen Grade interessant und lesenswerth.

(Wien. med. Wochenschr. 1872. 4).

Zur gerichtlichen Psychologie. — In der, von dem Präsidenten der „Klinischen Gesellschaft“ zu London, *William Borl*, Leibarzt der Königin von England und des Prinzen von Wales, am 26. Jan. 1872 gehaltenen Anrede über klinische Medizin, begegnet uns folgende bemerkenswerthe Stelle:

„Kürzlich bin ich, wie Sie wissen, aufgefordert worden eine Diagnose der feinsten Art zu machen, des Arbeitens der Gehirnfunction wie es sich

im Geiste ausdrückt, — nicht um eine Geschwulst, oder eine Erweichung oder eine Entartung des Gehirns zu diagnosticiren, sondern um seine moralische und intellectuelle Dynamik zu prüfen. Es besteht oft am Anfang einer solchen Untersuchung ein Vorurtheil, in Folge der Stichelei, dass die Doctoren eine solche und solche Person für irre erklären, weil sie ein Verbrechen begangen habe. Aber erlauben Sie mir einen Augenblick um zu zeigen, dass wir die vorherige Stärke irgend eines Materials nach der Dehnung beurtheilen, die es erträgt. Wenn es bei dem Versuche brechen sollte, so wäre es absurd zu sagen, dass es nicht schon vor dem Versuche schwach und mangelhaft gewesen sei; und mag nicht der erste Beweis eines geistigen oder moralischen Mangels durch irgend ein Gewicht von Verhältnissen, oft übertrieben und verdreht, gegeben werden, welches auf ein Gehirn gelegt wird, und das Zusammenbrechen, welches in einem Anderen Verbrechen wäre, das erste Zeichen des Irreseins werden? In den Fehlern und Krankheiten anderer Organe ist dies eine Sache der gewöhnlichen Erfahrung. Wie oft wird eine Unvollkommenheit der Aorten- oder Mitralklappen zuerst durch irgend eine plötzliche Anstrengung erkannt; und wer würde deshalb das vorherige Bestehen einer Schwäche verneinen? Die Anfänge der Krankheiten sind in der Regel unbemerklich und dunkel, und machen sich erst bemerklich, wenn irgend ein Gewicht auf den kranken Theil gelegt wird. Beispiele hiervon giebt es in Fülle, sei es in Bezug auf das Herz oder die Lungen, oder den Unterleib oder das Gehirn. Nur unsere Unwissenheit liess uns früher an acute, idiopathische Krankheiten bei gesunden Individuen glauben, und es ist wahrscheinlich eben so mit nervösen Zuständen und mit dem Geiste. Es giebt ohne Zweifel viele Menschen, welche in einem stillen Leben ein gesundes Gleichgewicht bewahren, bis sie unter der Einwirkung irgend eines wirklichen oder eingebildeten Umstandes plötzlich ihre Schwäche zeigen; und doch müssen wir von dem hohen Gerichtsstuhle herab oft als einen Beweis den Einwurf hören, dass vorher gar kein Zeichen von Irresein vorhanden war, dass deshalb der Patient geistesgesund gewesen sein muss. Aber das Zeichen des Irreseins mag gerade der Statt gehabte Vorgang sein. Ich bin überzeugt, dass wir als klinische Forscher unser Augenmerk hierauf richten müssen; und obgleich einige der gelehrtesten und tüchtigsten Männer unseres Berufs behaupten, dass die Diagnose des geistigen und moralischen Zustandes eine Untersuchung ist, die uns Nichts angeht, und der gesunde Menschenverstand einen Jeden in den Stand setzt, diese Diagnose ebenso gut zu machen wie der vollkommenste Arzt, so kann ich diese Ansicht nicht theilen; und wenn es wirklich so ist, so darf es nicht so bleiben, denn es würde unserer unwürdig sein, wenn wir ein für den Menschen so wichtiges Feld der Forschung unbebaut liessen. Medici sumus, humani nihil alienum esse putamus. Als Aerzte kennen wir eine Neigung zu latentem Irresein ohne alle äussere Zeichen, einen Geist, welcher bei der ersten besonderen Anstrengung zusammenbrechen muss. Wir wissen dies eben so gut v

wir schwache und fehlerhafte Herzen und andere Organe kennen, welche ihre Function gut verrichten, bis eine aussergewöhnliche Anforderung an sie gemacht wird, wo sie dann gänzlich den Dienst versagen. Der Ausbruch der acuten Störungen des Geistes und Körpers, um einen gewöhnlichen Ausdruck zu brauchen, fällt keineswegs zusammen mit dem Datum ihrer Ursachen; dies ist in der Medizin so wohl begründet, dass das Auftreten acuter Erscheinungen uns stets nach einer früher bestandenen latenten Ursache suchen lässt, mit der Ueberzeugung, dass wir sie finden werden, wie immer verborgen sie vorher gewesen sein mag. Nur der Unwissende kann diese Verbindungeu übersehen, und doch wird in Sachen, die sich auf den Geist beziehen, dieses Uebersehen als Schutzwache der Wahrheit betrachtet." (Deutsche Klinik 1872. No. 12—14).

Ministerieller Erlass bezüglich der Tragung der Kosten für Untersuchung geisteskranker Personen. — Ein Gesammt-Armenverband hat sich bei dem Minister des Innern wegen der ihm auferlegten Zahlung der durch die ärztliche Untersuchung Geisteskranker entstandenen Kosten beschwert. Der Minister hat diese Beschwerde nicht für begründet erachtet, weil die Aufnahme Geisteskranker in die Irrenanstalt der betreffenden Provinz reglementsmässig nur auf Grund einer ärztlichen Untersuchung der Kranken voraufgehen muss. Zur Tragung der dadurch entstehenden Kosten müssen aber diejenigen Personen bez. Gemeinden für verpflichtet erachtet werden, welche die Aufnahme eines Kranken in die Anstalt nachsuchen und in deren Interesse diese Aufnahme erfolgt. Hiernach seien in allen solchen Fällen, wie den vorliegenden, in denen durch die Unterbringung armer Geisteskranker in der Anstalt eine Verpflichtung der öffentlichen Armenpflege erfüllt wird, die gedachten Kosten von dem betreffenden Armenverbande zu übernehmen, und nur dann, wenn die Untersuchung des geistigen Zustandes einer Person nicht zur Feststellung der Frage, ob dieselbe auf Kosten der Armenpflege in der Irrenanstalt unterzubringen sei, sondern zu rein polizeilichen Zwecken stattfindet, werden die Kosten der ärztlichen Untersuchung aus Staatsfonds zu tragen sein.

(Kreuzzeitung No. 244. 1872).

Uebelstände der Gesetzgebung. — Wie ungleich mehr der Anstaltsarzt sich seiner Patienten annimmt, als das Gesetz, davon ein Beispiel. Ein Kollege schreibt von einem gemeinsamen Patienten: — „Ihr früherer Pat. L. hat sein Vermögen in kurzer Zeit schon durchgebracht. Ich hatte eine Curatel nach seiner Entlassung von hier beantragt, die aber vom Gericht nicht angenommen ward. Nun ist der Unglückliche bankerott!"

(Corresp.).

Aus Dessau. — Der Landtag beschloss, zum Neubau einer Irren-Heil- und Pflegeanstalt in Bernburg mit einem Kostenaufwande von 193,000 Thlr. seine Zustimmung zu geben und zu den diesjährigen Baukosten eine Summe von 50,000 Thlr. zu bewilligen, so wie sein Einverständniss damit auszusprechen, dass der Stadt Bernburg durch die Erbauung der projectirten Landes-Irrenheilanstalt in unmittelbarer Nähe der Stadt ein entsprechender Ersatz für die materiellen Vortheile, welche derselben aus der Zuweisung einer Oberbehörde haben erwachsen sollen, gewährt werde und mithin die betreffende landesherrliche Verheissung vom Jahre 1853 dadurch als erfüllt anzusehen sei, und zwar dies um so mehr, als die Staatsregierung ferner beabsichtigt, der Stadt Bernburg noch weitere Vortheile bei Errichtung der Wasserwerke zufliessen zu lassen. (Kreuzztg. No. 25. 1872).

Die Jacobi-Stiftung — hat am 21. März 1872 ihr 25jähriges Bestehen gefeiert. Sie ist ihrem Zwecke, die Verbesserung der Irrenpflege durch Verbesserung des Wartpersonals in Siegburg, stets treu geblieben. Sie hat in diesen 25 Jahren 1088 Thlr. an Prämien vertheilt und das Capitalvermögen von 450 Thlr. ist auf 700 Thlr. angewachsen. In dieser Zeit sind 347 Wärter und 165 Wärterinnen ausgeschieden, also pro Jahr 14 Wärter und 6—7 Wärterinnen. Gegenwärtiger Stand 15 Wärter und 20 Wärterinnen.

Vom Rhein. — Der Provinziallandtag hat zur Bestreitung der Bau- Einrichtungs- und Inventarkosten der zu errichtenden fünf Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalten zu den bereits bewilligten 2,000,000 Thlr. einen ferneren Credit von 1,500,000 Thlr. mit der Maassgabe bewilligt, dass die ständische Finanz- und Bau-Commission auch für die letztere Summe ein Kgl. Privilegium Namens der Stände zur Verausgabung von Provinzialobligationen durch die rheinische Provinzial-Hülfscasse, die jährlich mit $4^1/_2$ pCt verzinst und mit $1^1/_2$ pCt. amortisirt werden sollen, erwirke und ausführe. (Kreuzzeitg. 1872. No. 230).

Familienpflege in Steiermark. — Man schreibt der „N. fr. Pr." aus Murau in Steiermark vom 30. d. mit Bezug auf die bereits erwähnte Einkerkerung einer Irrsinnigen: Vor einigen Tagen lief bei unserer Bezirkshauptmannschaft die Nachricht ein, dass in einem Bauernhause in der Umgebung des Ortes eine irrsinnige Frauensperson seit Jahren an einer Kette festgeschmiedet, in der erbärmlichsten Weise untergebracht, ihr Leben friste. Der Bezirkshauptmann entsendete sofort eine Commission an Ort und Stelle, damit sie sich überzeuge, wieviel Wahres an der Sache sei. Es ergab sich, dass die Meldung nur zu richtig gewesen. Man fand in

einer Scheune des bezeichneten Hauses eine etwa 30 Jahr alte Bäuerin, Namens Cäcilie Seidl, auf einem elenden Strohlager nur mit einem schon bis zur Unkenntlichkeit schmutzigen Leintuche bedeckt, völlig nackt, vom Kopfe bis zu den Füssen mit einer Schmutzkruste überzogen. Was aber das Grässlichste war, man hatte dem unglücklichen Wesen eine Stallkette um den Leib geschmiedet und das freie Ende der Kette mit eisernen Ringen an der Wand befestigt, so dass sich die Irrsinnige kaum einige Schuh weit von der Mauer zu entfernen vermochte. In diesem Zustande hatte Cäcilie Seidl nach dem Geständniss ihrer lieben Verwandten schon volle neun Jahre zugebracht. Als Entschuldigung für diese barbarische Art eine Wahnsinnige unschädlich zu machen, wurde angegeben, dass Cäcilie Seidl in ihrer Tobsucht sehr gefährlich und nur eine eiserne Kette im Stande sei, sie festzuhalten; sie zerreisse nicht nur ihre Kleider, wenn man ihr welche gebe, sondern auch alle anderen Gegenstände, deren sie habhaft werde, ja selbst Leder und starke Stricke. Tief erschüttert von der furchtbaren Lage, in der er das arme Weib gesehen hatte, ordnete der Bezirkshauptmann sogleich Alles an, um eine Linderung des qualvollen Zustandes herbeizuführen. Allein die festgeschmiedete Kette widerstand allen Anstrengungen und so musste man vorläufig sich damit begnügen, dieselbe mit Watte und Leder zu umwinden, um ihren Druck auf den Leib der Unglücklichen weniger empfindlich zu machen. Auch wurde Sorge dafür getragen, dass die Wahnsinnige ein besseres Lager erhalte und dass dem verpesteten Zimmer frische Luft zugeführt werde. Unter Anderem wendete sich auch der Bezirkshauptmann an die Landes-Irrenanstalt in Graz und der Vorsteher derselben, Dr. *Czermak*, hat denn auch umgehend geantwortet, dass die Arme allsogleich nach Graz gebracht werden möge.

(Voss. Ztg. 1872. 2. Febr.)

Familienpflege in Russland. — Seit langem schon kursirte im Krolewes'schen Kreise des Gouvernements Tscheringow das Gerücht, dass eine der drei Töchter des Edelmanns Osky bereits vor Jahren auf eine geheimnissvolle Art verschwunden sei.

In Folge dieser neuerdings wieder mit aller Bestimmtheit aufgetauchten Version begaben sich der örtliche Gensdarmen-Oberst und der Isprawnik (Vorsteher der ländlichen Polizei) auf's Gut des genannten Edelmanns, um ihn nach dem Verbleib seiner Tochter zu fragen.

Da Letzterer, sichtlich befangen, ausweichende Antworten gab, wurde das Gehöfte untersucht und an einer entlegenen Stelle desselben ein kleiner Raum von 1½ Arschin Länge und gleicher Breite entdeckt (ein Arschin ist etwas mehr als eine Berliner Elle) in welchem ein lebendes menschliches Wesen in völlig verwahrlostem und wahnsinnigem Zustande sich befand.

Dieses Wesen war in der That die unglückliche Tochter, deren un-

natürlicher Vater sie wegen Nichtbefriedigung seiner viehischen Gelüste in dieses Hundeloch gesperrt und volle acht Jahre darin gelassen hatte.

Von der langjährigen sitzenden Stellung sind ihr die Sehnen an den Füssen zusammengewachsen. Die Unglückliche befindet sich zur Verpflegung im Tscheringow'schen Krankenhause, der unnatürliche Vater aber sitzt im Krolowez'schen Gefängniss, gewärtig des Richterspruchs, der seine Verbannung nach Sibirien aussprechen dürfte.

(Voss. Ztg. 1872. 230).

Verurtheilung eines Geisteskranken in Paris. — Gestern verurtheilte das Pariser Polizeigericht den Pharmaceuten Jourdan zu 1 Jahr Gefängniss, weil er an den Fürsten Bismarck einen Brief gesandt, mit der Drohung, ihn zu tödten, wenn er ihm nicht 40,000 Fr. leihe. Dieser Brief war von der französischen Regierung durch die deutsche Botschaft übermittelt worden. Die Verurtheilung erfolgte obwohl Dr. *Blanche* den Angeklagten für unzurechnungsfähig erklärte. (Kreuzzeit. 1872. 210).

Aus England. Verurtheilung eines Irren? — Der geistliche Schuldirector Watson, welcher wegen Ermordung seiner Gattin zum Tode verurtheilt worden war, ist auf lebenslängliche Zuchthausstrafe begnadigt worden. Hierzu nachträglich, dass die Gerichtsverhandlungen nicht das mindeste Motiv für den Mord ergeben haben, die Geschwornen aber dennoch den Versuch, die Mordthat aus momentanem Wahnsinn herzuleiten, ignorirten. (Nat. Ztg. 1872. No. 41).

Aus England. Verurtheilung und Begnadigung einer Geisteskranken. — Miss Edmunds, eine junge Dame aus guter Gesellschaft, hatte anscheinend theils aus Eifersucht theils aus Liebhaberei Strychninvergiftungen getrieben. Sie war in einen Brightoner Arzt verliebt, der aber dies um so weniger erwiedert hatte, als er bereits verheirathet war. Der arglosen Gattin schickte sie, gleich vielen anderen Personen, anonym vergiftete Zuckerbäckereien in's Haus und ein Kind, dem sie auf der Strasse ein Stück Zucker gegeben, starb in Folge der Vergiftung. Die Geschwornen lehnten die Beweisführung auf Geistesstörung ab, trotzdem Gründe zur Muthmaassung einer solchen Zerrüttung vorhanden waren und es erwiesen war, dass ihre Familie eine ganze Reihe von Wahnsinnigen und Geistesschwachen zählte. Der Process verlor bis zum letzten Augenblicke seinen Sensationscharakter nicht, denn als das Urtheil — Tod durch den Strang — schon gesprochen war und der Richter die Angeklagte, trotzdem sie ledig ist, in der vorgeschriebenen Form fragte, ob sie etwa schwanger sei, erwiederte sie bejahend. Eine weibliche Jury mit Hülfe eines Arztes er-

klärte dann nach stattgehabter Untersuchung, dass Angeklagte nicht hochschwanger sei.

Dennoch ergab nachher eine genaue Untersuchung durch den Königl. Leibarzt Sir *William Gull* und den Vorsteher des Criminal-Irrenhauses von Broadmoor, Dr. *Orange*, dass Miss Edmunds geisteskrank sei. In Folge dessen wird sie im genannten Irrenhause untergebracht werden.

(Nat. Ztg. 1872. No. 19. Kreuzztg. 1872. No. 19 u. 23).

Brand im Irrenhause in Newburgh. — Am 25. September brach in dem Irrenhause zu Newburgh in Nordamerika Feuer aus, und die ganze Anstalt wurde ein Raub der Flammen. Wenn der Ruf „Feuer!“ unter gewöhnlichen Umständen schrecklich ist, so ist er es doppelt und dreifach, wenn das Feuer in einem solchen Unglückshause seinen Heerd hat. Die Beamten und Wärter beeilten sich, sobald der Schreckensruf gehört wurde, die Zellen zu öffnen und den Wahnsinnigen zu bedeuten, dass sie das Haus verlassen sollten. Einige thaten es auch und waren sogar bei der Rettung anderer behülflich. Viele wussten in ihrer Angst, die sich durch entsetzliche Schreie u. s. w. kund gab, nicht, was sie anfangen sollten, und weigerten sich entschieden, ihre Kammern zu verlassen. Wie äusserst schwierig es unter solchen Verhältnissen ist, achthundert Wahnsinnige zu beaufsichtigen, lässt sich denken. Mehrere mussten mit Gewalt aus ihren Schlupfwinkeln hervorgezogen werden, da weder Ueberredungskünste noch Drohungen helfen wollten. Ja Manche leisteten solchen Widerstand, dass oft drei Männer nicht genügten, sie von der Stelle, auf der ihnen ein schrecklicher Tod drohte, wegzubringen. Einige bestanden darauf, Alles, was sich im Zimmer befand, mitzunehmen, und packten daher Möbel, Betten u. dergl. m. zusammen. Besonders verursachten die weiblichen Patienten viel Schwierigkeiten. Endlich war es gelungen, sämmtliche Insassen aus dem dem Zusammensturze nahen Gebäude zu befreien. Leider hatten dabei mehrere von den Wärtern und der Rettungsmannschaft ihr Leben eingebüsst. Einmal in's Freie gelangt und ohne die übliche strenge Aufsicht, machten sich viele der Irren auf und davon und durchstreifen nun, die Bewohner ängstigend, die benachbarte Gegend.

(Kreuzztg. 21. Oct. 72).

Brand im Irrenhause zu Haygock. — „Die Irren-Anstalt von Haygock in England ist gänzlich ein Raub der Flammen geworden. Es gelang indessen glücklicher Weise, die Patienten in Aussenwerke zu retten.“

(Nat. Ztg. v. 22. Sept. 1872).

Irrenwesen in Chile. — Durch Verordnung vom 19. März 1869 wurde der Universitäts-Delegation der Befehl ertheilt, einen Cursus über „Geistes-

krankheiten" und einen weiteren über „Hygienik" anzuordnen. Für die Candidaten soll ersterer mit dem 5. Jahre, — letzterer mit dem 6. obligatorisch sein. Der Curs für Geisteskrankheiten und für Hygienik soll dem Arzte des Irrenhauses Don *Ramon Elguero* übertragen werden, welcher abwechselnd die entsprechenden Zweige vorzutragen hat. Während des Jahres-Curses für Alienations mentales haben die Candidaten an Tagen und Stunden, die der Professor bestimmen wird, das Irrenhaus zu frequentiren. Sein Gehalt soll 800 Pesos sein. — (*Ullersperger*, Jhsber. über Arzneikunde in der Republik Chile von 1869. — Deutsche Klin. 1872. No. 32).

Martini's Jubiläum. — Der verdienstvolle, würdige und allen reisenden Collegen durch gastfreie Liberalität in freundlichem Andenken stehende Nestor der deutschen Irrenärzte, Geheimrath Dr. *Martini* in Leubus, hat am 19. April d. J. sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. Nach 48jähriger Dienstzeit in der Psychiatrie war es nicht zu verwundern, dass ihm viele Beweise der Verehrung und Dankbarkeit zu Theil wurden. Nicht nur die Mitglieder der Familie aus nah und fern waren erschienen, sondern auch viele alte Freunde und unter ihnen der grösste Theil seiner früheren Assistenten, von denen so Manche nunmehr schon selbst an der Spitze von Irrenanstalten stehen. Gab es doch eine Zeit, wo nur aus ihr die Directoren gewählt wurden! Das Fest wurde früh durch einen Choral eingeleitet, ausgeführt durch das Musikchor des 4. Cuirassier-Regimentes. Deputationen der verschiedensten Behörden begrüssten sodann den Jubilar, die Beamten überreichten eine Votivtafel, die früheren Assistenten ein kostbares Album, die Schlesische Gesellschaft zu Breslau und die psych. med. Gesellschaft zu Berlin das Diplom als Ehrenmitglied, die Universitäten zu Leipzig und Breslau Gratulationsschreiben, der Landeshauptmann den Kronen-Orden 2. Klasse. Ein Fest-Diner mit 62 Festgenossen gab dem weihevollen Tage einen heiteren und in den Festreden doch würdigen Schluss. Der Jubilar zieht, nachdem er seine Pensionirung eingereicht, nach Dresden und giebt seinen zahlreichen Freunden leicht die Gelegenheit, sich seiner noch bewahrten geistigen Frische hoffentlich noch lange zu erfreuen!

Instruction

für die Vorsteher von Privat-Irren-Anstalten in Berlin.

§. 1. Die Aufnahme Kranker in Privat-Irren-Anstalten darf in der Regel nur auf Grund vorher eingeholter polizeilicher Genehmigung stattfinden. Eine Ausnahme ist nur dann gestattet, wenn die Umstände die augenblickliche Unterbringung des Kranken nothwendig machen; doch muss alsdann die nachträgliche, polizeiliche Genehmigung binnen 24 Stunden nach der Aufnahme nachgesucht werden.

§. 2. Die an die Polizeibehörde (für Berlin das Polizei-Präsidium, für Charlottenburg das Polizei-Amt) zu richtenden Aufnahme-Gesuche müssen:

a) den Nachweis der persönlichen und Familien-Verhältnisse des Kranken, sowie seines Gerichtsstandes,

b) die Bezeichnung seiner nächsten Angehörigen und derjenigen Person, welche die Aufnahme beantragt, enthalten. Denselben muss ein eingehendes Attest eines approbirten Arztes über den Zustand des Kranken beigefügt sein.

§. 3. Vier Wochen nach der Aufnahme eines jeden Kranken ist der Polizei-Behörde ein ausführlicher Bericht über den Zustand des Kranken zu erstatten.

Ausserdem aber muss den Anfragen der Polizei-Behörde über den Zustand von Kranken der Anstalt jederzeit durch eingehende Berichterstattung genügt werden.

§. 4. Von der Entlassung, der Entweichung, oder dem Ableben eines jeden Kranken, sowie von allen vorkommenden Unglücksfällen ist der Polizeibehörde binnen 24 Stunden schriftliche Anzeige zu machen.

§. 5. Kranke, welche auf Anordnung der Polizeibehörde aufgenommen worden sind, dürfen nur mit polizeilicher Genehmigung entlassen werden.

§. 6. Nach Jahresschluss und zwar spätestens bis zum 15. Januar ist dem Polizei-Präsidium ein Jahresbericht zu erstatten, in welchem die einzelnen im Laufe des Jahres verpflegten Kranken namhaft gemacht sind, und die Zahl des Bestandes am Anfange und Schlusse des Jahres, des Zu- und Abganges, sowie der Todesfälle angegeben ist.

§. 7. Ein jeder Kranke ist in das nach folgenden Rubriken zu führende Krankenjournal einzutragen:

a) fortlaufende No.,

b) Vor- und Zunahme des Kranken,

c) Stand }
d) Alter } desselben,
e) Religion }

f) Tag der Aufnahme,

g) durch wen ist die Aufnahme veranlasst?

h) durch wen ist der Kranke zur Anstalt gebracht?

i) Datum der polizeilichen Genehmigung der Aufnahme,

k) Bezeichnung der Krankheit,

l) Name des behandelnden oder consultirenden Arztes.

m) Steht der Kranke unter gerichtlicher Kuratel? Oder schwebt das Provokations-Verfahren?

n) Bemerkungen, insbesondere der Gemeingefährlichkeit, Unheilbarkeit u. s. w.

o) Tag des Abganges oder des Todes; in ersterem Falle mit Bezeichnung des Zustandes beim Abgange.

§. 8. Ueber jeden Kranken ist ein eigenes Actenstück anzulegen, in

welches die polizeiliche Genehmigung der Aufnahme, ärztliche Atteste, amtliche Verfügungen und alle sonstigen den Kranken betreffenden Schriftstücke zu heften sind.

§. 9. Auch aus den die Anstalt betreffenden amtlichen Schriftstücken, insbesondere der ertheilten Concession, der Instruction u. s. w. ist ein eigenes Actenstück zu bilden.

§. 10. Die Kranken sind nach dem Geschlechte abzusondern, unter sorgfältiger Aufsicht zu halten, und Zwangsmaassregeln jeder Art nur dann und so lange zu unterwerfen, als es von dem Arzte der Anstalt ausdrücklich angeordnet ist.

§. 11. Den auf die Sicherstellung der Kranken und auf die Reinlichkeit sich beziehenden polizeilichen Anordnungen ist genau Folge zu leisten.

§. 12. Wofern der Vorsteher nicht selbst Arzt ist, muss derselbe der Polizei-Behörde denjenigen Arzt namhaft machen, welchem er die ärztliche Aufsicht der Anstalt und die Behandlung der Kranken übertragen will.

Er selbst aber bleibt nicht nur für die sorgfältige Ausführung der ärztlichen Anordnungen, sondern auch für die gesammte Leitung der Anstalt verantwortlich.

§. 13. Jede Verlegung der Anstalt in eine andere Räumlichkeit darf nur mit Genehmigung der Polizeibehörde geschehen.

§. 14. Dem Medicinalrathe des Polizei-Präsidii und dem Stadt-Polizei-Physikus, sowie jeder anderen, von dem Polizei-Präsidio dazu mit besonderem Auftrage versehenen Medicinalperson muss der Eintritt in jeden Raum der Anstalt jeder Zeit unweigerlich gestattet werden

Berlin, den 9. Februar 1870.

Königliches Polizei-Präsidium.

v. Wurmb.

Mittheilung

an die Mitglieder des Vereins der deutschen Irrenärzte, betreffend deren Petition um Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand beim Staatsexamen, so wie um Herstellung eines klinischen Unterrichtes der Psychiatrie auf allen deutschen Universitäten.

Um den Beschluss der Versammlung der deutschen Irrenärzte in Leipzig zur Ausführung zu bringen, hatte der Vorstand folgende Petition beim Reichs-Kanzleramte eingereicht:

Hohes Reichs-Kanzleramt! In Gemässheit eines Beschlusses des Vereins deutscher Irrenärzte in seiner Versammlung zu Leipzig am 14. August d. J. und im Auftrage dieses Vereins erlaubt sich dessen unterzeichneter Vorstand

Einem hohen Reichs-Kanzleramte den nachfolgenden Antrag ergebenst zu unterbreiten:

Das hohe Reichs-Kanzler-Amt wolle veranlassen, dass allgemein innerhalb des deutschen Reiches das Fach der Psychiatrie unter die Gegenstände der Prüfung der Aerzte, wie dieses bisher im Königreich Baiern der Fall gewesen, aufgenommen werde, und seinen Einfluss dahin verwenden, dass zu diesem Zwecke an allen Universitäten des deutschen Reiches klinischer Unterricht in der Psychiatrie ertheilt werde.

Die Unterzeichneten verfehlen nicht, diesen Antrag gleichzeitig zu unterstützen durch die Anführung folgender

Motive. Die Nothwendigkeit der Ausbildung der practischen Aerzte in der Psychiatrie ist seit Jahren von den verschiedensten ärztlichen Vereinen und Autoritäten wiederholentlich in Resolutionen und Eingaben an die hohen Regierungen, unter Hervorhebung der Vortheile für Staat, Gesellschaft und Aerzte betont worden. Diese Vortheile sind unschwer zu ermessen. Nicht allein, dass die genauere Bekanntschaft mit Geistesstörungen den praktischen Aerzten die Erkenntniss dieser Krankheiten erleichtert und sie dadurch zu einer erfolgreichen Behandlung derselben, oder zur Wahrnehmung desjenigen Zeitpunktes in den Stand setzt, in welchem die Ueberführung solcher Kranken in die Asyle räthlich und dem Heilungserfolge günstig ist, — wodurch das Familienglück gesichert, das Residuum ungeheilter chronischer Geisteskranker verringert, die Gesellschaft von einer schädlichen Last befreit und der Ueberfüllung der Irrenanstalten gewehrt wird —: sondern die Verbreitung der psychiatrischen Kenntnisse vermindert auch um ein Beträchtliches die Schwierigkeiten, welche die Diagnose zweifelhafter Geistes- und Gemüthsstörungen in foro zu beseitigen die Aufgabe hat.

Die Königlich Preussische Staatsregierung hat durch Creirung von Volontair-Arzt-Stellen in den öffentlichen Irrenanstalten seit dem Jahre 1861 dem erkannten Mangel der psychiatrisch-gerichtsärztlichen Ausbildung der Aerzte eine gewisse Abhülfe zu schaffen gesucht. Die Königlich Bairische Regierung hat den obligatorischen klinischen Unterricht in der Psychiatrie bereits seit 14 Jahren eingeführt und diese Disciplin unter die Gegenstände der ärztlichen Staatsprüfung aufgenommen. In dem Prüfungs-Reglement vom 25. September 1869 ist die Psychiatrie als solche unter den Prüfungs-Gegenständen nicht enthalten und die Möglichkeit, dass sie unter der Rubrik der „Staats-Arzneikunde" im Schluss-Examen berücksichtigt werde, kann bei der Bedeutung und Wichtigkeit jenes Faches nicht genügen.

Es wird zwar an verschiedenen deutschen Universitäten schon gegenwärtig ein psychiatrisch-klinischer Unterricht ertheilt, wie abgesehen von Erlangen, München und Würzburg, in Jena, Berlin, Göttingen, Greifswald

und Halle, die Mehrzahl derselben entbehrt indessen noch eines solchen, da es an den nöthigen Vorrichtungen fehlt, und der Nachweis des Erwerbs psychiatrischer Kenntnisse wurde im Norddeutschen Bunde durch das Prüfungs-Reglement nicht gefordert.

Jetzt, wo dem Vernehmen nach das Königreich Baiern nebst den süddeutschen Staaten das Prüfungs-Reglement für die Aerzte vom 25. September 1869 annehmen wird, wird man folglich in Baiern fortan auf den Nachweis einer psychiatrischen Bildung der Aerzte verzichten, demnach eine Einrichtung aufgeben müssen, welche diesem Lande bisher offenbar zum Vorzuge gereicht hat. Dieser Umstand ist es zunächst, welcher den Verein deutscher Irrenärzte gerade jetzt veranlasst, die Bitte um Ausfüllung der erwähnten Lücken in der ärztlichen Ausbildung dem hohen Reichs-Kanzler-Amte auf das Dringendste zu empfehlen.

In Hoffnung der Erwägung und Gewährung solchen ergebensten Gesuches unterzeichnen Eines hohen Reichs-Kanzler-Amtes

ehrerbietigste,

Der Vorstand des Vereins
deutscher Irrenärzte.

An
Ein hohes Reichs-Kanzler-Amt
zu Berlin.

Darauf ist sehr bald folgende Antwort eingegangen:

An
den Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte, z. H. des pp. Dr. *Flemming* zu
Schwerin.

Berlin, den 1. November 1872.

Dem Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte wird auf die gefällige Zuschrift vom 1. v. M., betreffend die Aufnahme der Psychiatrie unter die Gegenstände der Prüfung der Aerzte und die Ertheilung von klinischem Unterricht in der Psychiatrie an allen Universitäten des deutschen Reiches, Folgendes ergebenst erwiedert.

Bei dem Erlass der Bekanntmachung vom 25. September 1869, betreffend die Prüfung der Aerzte etc. — Bundesgesetzblatt 1869, S. 635 — ist vom Bundesrath die Frage eingehend erwogen worden, für welche Zweige der medizinischen Wissenschaft eine besondere Prüfung vorzuschreiben sei. Mehrfache Wünsche wegen Aufnahme verschiedener Specialfächer unter die Prüfungs-Gegenstände, welche damals aus betheiligten Kreisen an den Bundesrath gelangten, liessen denselben die Nothwendigkeit erkennen, gegenüber der fortschreitenden Spezialistik in der medizinischen Forschung eine bestimmte Grenze im Spezialisiren der Prüfungen zu ziehen. Auf diesen Erwägungen beruht die Feststellung der fünf Prüfungs-Abschnitte, welche im §. 5 der durch die erwähnte Bekanntmachung veröffent-

lichten Vorschriften über die Prüfung der Aerzte aufgeführt sind. Das Reichs-Kanzler-Amt verkennt nicht die Bedeutung, welche eine Ausbildung der Kandidaten der Medizin in der Psychiatrie für deren spätere ärztliche Thätigkeit haben kann. Es muss jedoch im Hinblick auf die erwähnten Vorgänge Anstand nehmen, dem Antrage des Vorstandes entsprechend die Aufnahme des Spezialfaches der Psychiatrie unter die medizinischen Prüfungsgegenstände bei dem Bundesrath zu befürworten.

Auf die Ertheilung von klinischem Unterricht in der Psychiatrie an allen Universitäten des deutschen Reiches hinzuwirken, ist das Reichs-Kanzler-Amt nicht ermächtigt, weil die Feststellung des Lehrplans der deutschen Universitäten der Gesetzgebung und Beaufsichtigung des Reiches verfassungsmässig nicht unterliegt.

Das Reichs-Kanzler-Amt.
Delbrück.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Schasching*, k. k. Sanitätsrath und Hausarzt der ober-östreichischen Irrenanstalt bei Linz ist zum Primärarzte derselben ernannt worden.

Dr. *Birnbaumer*, Assistenzarzt in St. Pirminsberg ist zum Director der z. Z. im Bau begriffenen Irrenanstalt Marsens bei Bulle (Kt. Freiburg) erwählt worden.

Dr. *J. N. Ramaer* zu Grafenhaag ist an der Stelle des verstorbenen Prof. *Voorhelm Schneevoogt* am 19. Juli d. zum General-Inspector der Niederländischen Irren-Anstalten ernannt.

Dr. *Lessing*, Medicinalrath und Director der Heilanstalt Sonnenstein, und

Dr. *Güntz*, Medicinalrath in Güntzberg bei Meissen sind zu Geheimen Medicinalräthen ernannt worden.

Dr. *A. Knörlein*, k. Rath, a. o. Professor, Primärarzt der Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart, ist nach längerem Leiden am 23. October 1872 im 71 J. gestorben.

Dr. *Bernhardi*, Geh. Sanitätsrath und emer. Director der Provinzial-Irrenanstalt zu Allenberg ist am 13. Nov. seinen Leiden auf schmerzlose Art erlegen. Abgesehen von seinen asthmatischen Beschwerden sah er in letzter Zeit seiner Erblindung in Folge grauen Staares entgegen.

Ueber Zustände mit Schwindel im Zusammenhang mit Doppeltsehen, und deren Behandlung mit dem constanten Strom.

Von

Dr. **Tigges,**
2. Arzt in Marsberg.

I. Eine Gruppe von Fällen, welche Schwindel mit Doppeltsehen in hervorragender Weise darbieten, lässt wohl meist die Diagnose auf Magenkatarrh mit prononcirt nervösen Erscheinungen stellen.. 5 Fälle bei 4 Personen, welche der folg. Zusammenfassung zu Grunde liegen, betrafen weibliche, vor und nach dieser Erkrankung geistig gesunde Dienstboten zwischen 20 und 30 Jahren. In allen war absolute Appetitlosigkeit, mehr weniger starker Durst, etwas belegte Zunge vorhanden. Dabei grosse Müdigkeit und Abgeschlagenheit, so dass schon aus diesem Grunde auf der Höhe der Krankheit das Bett nicht verlassen werden konnte. Der Puls nur in 1 Fall 120, sonst zwischen 84—104, später herabgehend bis 72 pro Min. Die Temperatur der Achselhöhle überstieg nie 37,75. Die Milz war stets von normaler Ausdehnung, Stuhlgang normal oder Verstopfung vorhanden. Zu den nervösen Erscheinungen, welche die Aufmerksamkeit der Pat. am meisten auf sich zogen, gehörte ein Angstgefühl th. beständig, th. in Anfällen mehr hervortretend. Ausser der Präoccupation durch den Krankheitszustand, ausser der zuweilen übertriebenen Besorgniss wegen der Wiederherstellung, hatte diese

Angst keinen Vorstellungsinhalt. Sie wurde th. in lockere, th. in feste Verbindung mit Sensationen von verschiedenem, auch in demselben Falle tageweise wechselndem Sitz gebracht. Bald war der Schmerz von verschiedener Beschaffenheit (Druck, Stechen etc.) auf der vorderen Thoraxwand, höher oder niedriger, öfter noch allein oder zugleich im Epigastrium, ferner in der seitlichen Thoraxwand besonders links, einmal in der Milz-, einmal in der linken Ovarialgegend. Ferner sind zu bemerken auf der Höhe der Krankheit absolute Schlaflosigkeit und beständig schmerzhafte Sensationen im Kopf, nur in einem Falle allgemein, in den anderen bald auf der Scheitelhöhe, im Hinterhaupt, im Vorderkopf, in der rechten Supraorbitalgegend, Nasenwurzel concentrirt. Zu den constantesten Erscheinungen gehörte Schwindel, von dem noch die Rede sein wird. In 2 Fällen waren die Pupillen über Mittelweite, die rechte weiter. In 2 Fällen war Gesichtsröthe, Gefühl von Brennen im Kopf, auch objectiv scheinbar erhöhte Temperatur, z. Th. in regelmässigen Anfällen zugegen. In 1 Fall war öfterer trockener Husten ohne sonstige Zeichen von Bronchialkatarrh, in demselben ausgeprägtes Herzklopfen vorhanden. In 2 Fällen wurde Ziehen und Schmerzen in den Gliedern zugleich mit vorübergehender, besonders nächtlicher krampfhafter Contractur in Armen und Beinen angegeben. In 1 Fall stellten sich dabei die Finger gestreckt und gespreizt, im anderen gebeugt, so dass Pat. sie mit der anderen Hand aus dieser Stellung herausbringen mussten. Zur Vervollständigung des Krankheitsbildes gehört noch Empfindlichkeit einiger Körperstellen auf Druck, nämlich des Sympath. am Halse, bald mehr des obersten, bald mehr des 3. Ganglions, bald einer oder der anderen Seite, bald die Seiten wechselnd, bald dieselbe beständig, ferner das Epigastr., so wie der unteren seitlichen Thoraxgegend, besonders links, hier auch Schmerzpunkte in den Interkostalräumen. Als Complication ergab sich in einem 2. Anfall bei 1 Person, der einem um $^1/_2$ Jahr vorhergegangenen übrigens in allen wesentlichen Erscheinungen glich, eine ausserordentliche Schwäche und Kleinheit des Radialpulses, besonders links, sie wollte zugleich mehr Schwäche in diesem Arme, leichteres Kaltwerden, alles dies seit einigen Monaten

haben. Sie drückte mit der linken Hand auch schwächer. Die ganze Krankheit entwickelte sich in 4 Fällen bei 3 Personen plötzlich oder in einigen Tagen zur Höhe ansteigend, verlief innerhalb 2 bis 3 Wochen zur Genesung. In dem 5. Fall traten bei einem nervösen Individuum nach einem Ohnmachtsanfall die Erscheinungen in mässiger Intensität 4 Wochen lang, auf der Höhe 3—4 Wochen lang, in bedeutender Abnahme 14 Tage lang auf, während ein Rest erst allmählig verschwand.

Eine der bedeutendsten Klagen aller dieser Pat. war Schwindel, oft die bedeutendste. Er war immer im Liegen weniger als beim Aufrichten, am meisten beim Aufstehen aus dem Bett und Umhergehen vorhanden, konnte, wenn er nicht vorhanden war, bei einer bestimmten Zeit des Krankheitsverlaufs hierdurch hervorgerufen werden. Eine Pat. gab vor dem Verschwinden desselben an, dass er vor dem Einschlafen und nach dem Aufwachen, vor dem Augenschliessen und nach dem Oeffnen sich noch zeige. Sie gaben theils von selbst, theils auf genauere Nachfrage an, dass Alles rund um sie herumginge, es sei als ob sie hin und herfielen, als ob sie zu Boden gezogen würden. Eine Pat. gab von selbst Doppeltsehen an. Dies war in allen Fällen durch die Prüfung, Vorhalten eines graden schwarzen Dintenstrichs auf einem weissen Blatt Papier zu constatiren. Der Schwindel war (bei dieser Gruppe) immer vorhanden und schwand mit dem Doppeltsehen, der Grad des ersteren ging stets vollkommen parallel mit dem Grade des letzteren.

Von allen noch vorzuführenden Gruppen war bei dieser die Erscheinung am Prägnantesten zu constatiren. Da im Uebrigen die Art derselben bei den einzelnen Gruppen nicht wesentlich abwich, so möge hier eine Beschreibung der wesentlichen Züge folgen. Bei hochgradiger Intensität trat das Doppeltsehen in allen Entfernungen bei Vorhalten der (senkrechten, horizontalen, schrägen) Linie in der horizontalen Blickebene des aufrecht sitzenden oder stehenden Kranken beim Blick grade vorwärts ein. Bei geringerer Intensität war entweder nur bei grösserer Annäherung, oder nur bei grösserer Entfernung Doppelt-, im Uebrigen Einfachsehen vorhanden. Oder, und

zwar vorzugsweise bei dieser Gruppe, war in einer bestimmten Zone der Gesichtslinie z. B. zwischen 1—2 Fuss Entfernung Einfach-, darunter und darüber Doppeltsehen vorhanden. Diese Dimension hatte etwas Wechselndes, indem die Zone des Einfachsehens zunahm, wenn man aus der des Einfachsehens, abnahm, wenn man aus der des Doppeltsehens rückte.

In anderen Fällen oder bei geringerer Intensität des Prozesses war überhaupt beim Sehen grade vorwärts in der horizontalen Blickebene Einfachsehen bei jeder Entfernung vorhanden. Es trat dagegen sofort Doppeltsehen ein beim Seitenblick oder beim Heben des Objects. Mehrfach war zu constatiren, dass beim Herausrücken aus der Zone des Einfachsehens in die des Doppeltsehens der Strich dicker wurde, (bei geringerer Intensität des Prozesses es auch nur hierbei blieb). Dann erst trat, bei Häufung der Bedingungen des Doppeltsehens ein heller Zwischenraum ein. Oder es ging zunächst nur das eine Ende des Strichs auseinander, z. B. das obere, während das untere ungetheilt blieb. Dem entsprechend liefen bei vollkommen doppelten Strichen beide entweder parallel, oder sie convergirten nach einer Seite. Der Zwischenraum der Striche war beim Doppeltsehen in verschiedener Entfernung theils ein vollkommen gleicher, theils änderte er sich, wurde z. B. beim Weiterrücken des Objects Finger breit, selbst eine Hand breit. Letzteres auch zuweilen beim stärkeren Seitenblick. Dass in diesem Falle der Hornhautrand des einen Auges weiter vom entsprechenden Augenwinkel entfernt geblieben wäre, konnte ich nicht constatiren. Die beiden gesehenen Striche waren entweder vollkommen gleich, oder der eine war dicker, dann oft auch dunkler, oft auch von verschiedener Länge als der andere. Beim verticalen Strich war sehr oft der rechte, beim horizontalen Sehen oft der obere dicker. Doch war dies nicht ganz fix, auch nicht in demselben Fall, wechselte z. B. beim Nahe- und Fernsehen. Die Zonen des Einfachsehens waren nicht ganz dieselben für den horizontalen und verticalen Strich. Dem entsprechend fand bei Vorhalten eines Kreuzes oft zunächst nur eine Verdoppelung des einen Balkens, und erst z. B. bei weiterer Entfernung eine solche des ganzen Kreuzes statt, so dass z. B. dann oft ein Kreuz mit dicken

und eins mit dünnen Balken gesehen wurde. Bei Steigerung der Bedingungen blieb es nicht beim Doppeltsehen. Eine Patientin der vorstehenden Gruppe sah ein Kreuz bei über 6 Fuss Entfernung als viele senkrechte Striche mit einem horizontalen, am folgenden Tage auch den letzteren vielfach. Bei weiterer Annäherung auf 4 Fuss sah sie beide Balken vierfach.

Das Sehen mit einem Auge allein bei zugehaltenem anderen ergab in der Regel vollkommen dieselben Resultate wie das mit zwei Augen, dasselbe Doppeltsehen in denselben Entfernungen vom Auge, dieselbe Distanz der Striche von einander in den einzelnen Entfernungen, dieselbe Beschaffenheit der Striche etc. Einzelne Modificationen kamen wohl vor, so dass, wo mit 2 Augen Einfachsehen noch vorhanden war, mit einem Auge der Strich sich schon verdoppelte oder umgekehrt, oder z. B. dass, wo beim Sehen mit 2 Augen und mit dem rechten Auge allein Doppeltsehen mit einem dickeren Strich rechts vorhanden war, dieser beim Sehen mit dem linken allein an die andere Seite rückte, oder dass der Zwischenraum der beiden Striche grösser wurde, oder dass beim Sehen nach aussen leichter Doppeltsehen zu erzielen war, als beim Blick nach innen.

Im Verlauf der Untersuchung, besonders der länger fortgesetzten nahm in der Regel das Doppeltsehen zu und zu gleicher Zeit in demselben Maasse der Schwindel. In einem Falle jedoch trat der entgegengesetzte Erfolg ein: in Folge dieser gymnastischen Uebung schwand das Doppeltsehen vollkommen und damit ebenso vollkommen der Schwindel. Nach ½ Stunde war jedoch das frühere Verhalten wieder vorhanden. — Eine Morphiumeinspritzung vermehrte in einem Falle den Schwindel und das Doppeltsehen, während das oft als Schwindel bezeichnete Gefühl, welches in nicht hierhergehörigen Fällen nach Morphiumeinspritzung oft angegeben wird, nicht mit Doppeltsehen verbunden ist.

Der Verlauf war in 2 F. bei 2 Personen unter theils indifferenter th. Morph.-Behandlung ein sich in obiger Zeit in ziemlich raschem Abfall zur Genesung wendender. In 2 Fällen war die Einwirkung des konstanten Stromes eine sehr evidente und die Wirkung der einzelnen Applikationsstellen klar zu demonstriren. F. 3 war krank seit 12. 4. 72. Morph.-einspr. verminderte die Angst und einige Sensationen, vermehrten den

Schwindel. Die Abgeschlagenheit hatte 26. 4. so weit nachgelassen, dass sie anfing dass Bett seit 25. 4. zu verlassen, P. 80, Appetit sehr schlecht, kein Durst. Seit dem Aufsein war der Schwindel viel stärker geworden, sieht in allen Entfernungen und unter allen Umständen doppelt. Es wurde der konstante Strom, 6 El. (Stöhrersche Batterie) von der Halswirbelsäule zum Symp. oben am Halse beiderseits geführt (in Folge = R.-symp). Am Ende der Applik. auf einer Seite sah sie jetzt bis 1½ Fuss, auf der anderen Seite bis 6 Zoll doppelt, dann einfach bis 2½ Fuss, dann wieder doppelt. Nach der Oeffnung vermehrter Schwindel. Jetzt wurde der Strom quer durch die Proc. mast. 4 El. geführt. Am Ende der Applik. hatte sie keinen Schwindel mehr, sie sah überall einfach. Oeffnung (Dauer im G. 5—6 Min.): starker Schwindel, sieht überall doppelt. Nach 2 Min. kein Schwindel mehr, sieht überall einfach. Sie schlief dann in der folgenden Nacht nicht gut (Strom zu intens.), in den dann folgenden Nächten sehr gut. Sie hatte am folg. Tage nach der Applik. noch etwas Schwindel, am 2. kaum, am 3. gar nicht mehr, überall Einfachsehn. Appetit, Kräfte besser. Der 4. F. verlief nach 14tägiger Krankheitsdauer beim Beginn des Elektr. nach 2 Sitz. ebenfalls schnell in Genesung. Sie sah beim Beginn der 2. Sitzung bis 1½ Fuss einfach, darüber doppelt. Es wurde der Strom dicht über den Ohren, dann durch die Proc. mast., dann R-symp. angewendet. Nach jeder Applik. rückte der Punkt des Doppeltsehens weiter, zuletzt auf 3½ Fuss. Ein bestimmter Vorzug einer Applik. ergab sich nicht. Am folgenden Tage war Patient wieder arbeitsfähig. Beim 5. F., Dauer 6 Wochen, nahm die Höhe der Krankheit (vorher Morph., Chinin etc.) nach 3 Applik. des k. Stromes in 5—6 Tagen bedeutend ab. Die Sensationen und andere nervöse Symptome ausser dem Schwindel zogen sich jedoch noch in abnehmender Intensität, anscheinend günstig beeinflusst durch den galv. Strom noch einige Wochen lang hin und verschwanden gänzlich in ihren letzten Spuren erst ganz allmählich später.

Zu bemerken ist, dass in einem weiteren Fall bei einem geistig gesunden Mann ein ähnliches Krankheitsbild existirte, ebenso starker Schwindel („es geht alles mit mir herum“) ohne dass die obige Prüfung irgendwie Doppeltsehen aufzeigte. Es ist ferner zu bemerken, dass man den Schwindel nicht als ein wesentliches Symptom der vorgeführten Krankheitsgruppe betrachten kann. Wenn schon im Verlauf der Krankheit der Schwindel zurücktreten kann bei Fortbestehen der übrigen nervösen Symptome, so giebt es eine Reihe von Fällen, der Gesammterscheinung nach vollkommen zur obigen Gruppe gehörend, bei denen der Schwindel keinenfalls ein irgendwie hervorragendes, wahrscheinlich gar kein Symptom bildet. In der Praxis wird der grösste Theil der hierhergehörigen Fälle,

wenigstens im Beginn als acuter Magenkatarrh diagnosticirt werden. Auf Denjenigen, der an die Beobachtung Geisteskranker gewöhnt ist, macht der melancholische Zug, die oft geäusserte Angst und Unruhe in Verbindung mit Sensationen, Beben, Zucken der Glieder, Aufschrecken im Schlafe zuweilen mit Störung der Respirations- und Herzthätigkeit, den stärksten Eindruck, weil er wesentlich dasselbe Bild in Begleitung derselben einzelnen Symptome bei einem Theil der Fälle von genuiner Melancholie wiederfindet. Wenn ein Theil der hierhergehörenden Beobachtungen auch noch eine besondere Stellung einnimmt, indem, so sehr man sich auch sonst in der Psychiatrie in dieser Annahme beschränkt, derselbe die sympathische (zu dem Magenkatarrh) Natur des nervösen Symptomencomplexes nahegelegt, so treten in einem anderen Theil die gastrischen Symptome vor den nervösen sehr zurück so wie auch die weitere Entwickelung und die Dauer des Zustandes, ferner die vorher und nachher nachweisbare nervöse Disposition, in einem Falle bestimmt nachzuweisende Erblichkeit, die Nothwendigkeit an die Hand geben, keinen prinzipiellen, höchstens einen graduellen Unterschied zwischen diesen Fällen und denen genuiner Melancholie zuzulassen.

Aehnliche Zustände haben vielfach die Aufmerksamkeit auf sich gezogen, indem sie von den einzelnen Beobachtern je nach dem Standpuncte ihrer Wirksamkeit und ihrer Anschauung eine verschiedene Deutung erfahren haben. Sie gehören sämmtlich hierher, wenn man auch die eigenthümlichen Umstände ihres Auftretens und eine eigenthümliche Färbung des Symptomencomplexes zugeben will. Dieses gilt von einem Theil der Fälle von *Clemens* gestörter Herzinnervation als Vorläufer der Spinalparalysen (Deutsche Klinik 71) welche znm Theil entweder in diese oder in die folgende Hauptgruppe gehören. Besonders hervorzuheben ist *Burow*, Parese der animalen Nerven (Berl. klin. Wochenschrift 71. Nr. 50—52), acut verlaufende Zustände, deren vorzugsweise Symptome hochgradige Angst, ungeregelte Herz- und Respirationsthätigkeit, Appetitlosigkeit und Neigung zur Stuhlverstopfung, Taubsein, Kriebeln in den Gliedern und Waden-Krämpfe waren. Ferner „das peinlichste, hartnäckigste, am längsten dauernde Symp-

tom ist der Schwindel, der Schwindel nimmt zu, wenn der Kranke in die Höhe sieht, den Kopf rückwärts wendet.“ Verf. beobachtete seine Fälle epidemisch, in Beziehung zur Cholera und Intermittens. Auch ein Theil der obigen mit anderen nicht angeführten Fällen kam zu einer und derselben Zeit vor. — Ferner ist hervorzuheben *Wolff*, Beob. über den Puls bei Geisteskranken (Allg. Zeitschr. für Psychiatrie 26. Bd. S. 287.) Er beschreibt genau das „Spiegelbild einer Psychose im Kleinen“ (Verf. ist Irrenarzt) unter dem Namen Catarrhus gastr. indem er fast sämmtliche obige Symptome genau anführt, auch „Schwindel, den ausnahmslos Alle angaben,“ mit dem pulsus tardus.

II. Es folgt ein Fall bei dem der Schwindel die hervorragendste Krankheitserscheinung war, der sich den Nervenkrankheiten anreiht, und wo die psychischen Symptome zurücktraten.

F. 6. Kl., 13 Jahr, Mutters-Vater gemüthskrank. 4 Wochen, bevor Pat. in Behandlung trat (20. 7. 71) bekam er starke Ohrfeigen von seinem Lehrer, seitdem das gegenwärtige Leiden, bestehend in Schwindel, Kopfschmerz und Leibschmerz. Der Kopfschmerz liess bald nach, die anderen Erscheinungen blieben. Es trat beim Zuwachs der Schwindel und Leibschmerz immer zusammen ein, wenn sie auch nicht zugleich begannen, später jedoch traten sie gesondert auf. Die Beschwerden traten in Anfällen ein, welche selten, aber stärker geworden waren, 4—5 Mal täglich, circa ½ Stunde lang, Abends von 7 oder 5 Uhr beginnend, bis zum Zubettgehen anhaltend. Schlaf unruhig. Bei den Schwindelanfällen gab Patient an, die Gegenstände schräg oder doppelt zu sehen. Es sei ihm zuweilen, als ob er hinfallen wollte. Ein konstantes Symptom dabei war Uebelkeit. Ferner wurde er beim Schwindel, nicht bei den Leibschmerzen, psychisch gedrückt und verstimmt, es stellten sich traurige Gedanken ein, ohne dass er sagen konnte, welche. Zuweilen, bes. später gab er Angst und Unruhe an, lief dann unruhig umher. Selten beim Schwindel allgemeines Zittern. Der Schwindel stellte sich stets ein, oder nahm zu, wenn Patient sich setzte, er musste deswegen den ganzen Tag stehen, auch beim Essen konnte er sich höchstens schräg hinlegen, im Liegen war er ebenfalls vorhanden. Appetit und Verdauung waren gut. Es ergab sich bei der Untersuchung Empfindlichkeit gegen Druck des 3. Symp. gangl, besonders auf der linken Seite, ferner der obersten Halswirbel und des 1. Dorsalwirbels, z. Th. auch der unteren Rückenwirbel. Ferner solche der Nabelgegend, wo auch die Leibschmerzen geäussert wurden. Die Pupillen waren erweitert, die linke mehr, im späteren Verlaufe jedoch die rechte mehr. Als ihm 20,7 die

scharfe Kante eines Lineals in einiger Entfernung senkrecht vorgehalten wurde, sah er es mit dem oberen Ende nach rechts gewandt. Einen Bleistift sah er auf 9 Zoll 3fach, bei weiterer Entfernung doppelt, auf einige Fuss unten einfach, oben doppelt. Am 21. 7 ergab der obige Strich dasselbe Resultat, nur war er in gewisser Distanz oben und unten doppelt, in der Mitte einfach, später jedoch ergab sich immer das Getheiltsein an einem Ende. Das Sehen mit einem Auge ergab immer dasselbe Resultat wie mit 2 Augen, nur musste zur Ueberzeugung des Doppeltsehens späterhin der Gegenstand mehr genähert, oder sonst die Bedingungen des Doppeltsehens gehäuft werden. Das Doppeltsehen in der Nähe war immer zu konstatiren, auch wenn kein spontaner Schwindel angegeben wurde. Beim Sehen in die Nähe erfolgte eine Convergenz der Sehaxen. Die Bewegung der Augen nach allen Richtungen erfolgte gut, nur folgten beide, bes. das linke nach aussen und unten schlecht. Letztere Bewegungen ermüdeten sehr, in gewissem Maasse auch die anderen. Die Behandlung hatte mit Morph. ac. statt gefunden, einen günstigen Einfluss schien Chloral zu haben. Der Grad des Doppeltsehens bot bei dem sich länger hinziehenden Verlauf Gelegenheit, den Erfolg der einzelnen Applikationen des konstanten Stromes wiederholt zu controlliren. Nachdem mit R.-symp. (21. 7. zuerst R.-symp. links, dann rechts; während letzt. Applik. und nachher die rechte Pupille weiter, vorher die linke) mit unmittelbar günstigem Erfolge auf Schwindel und Doppeltsehen behandelt war, wurde diese Applikation in ihre Elemente zerlegt. Es wurde z. B. 7. 8 absteigend am Rücken angewendet (+ z. B. am obersten Halswirbel). Vor der Applikation sah er auf $3^1/_2$ Fuss $1^1/_4$fach. Während der Schliessungsdauer sah er nach 2 Minuten auf $2^1/_4$ Fuss $1^1/_4$fach, nach 4 Minuten auf $1^1/_2$ Fuss, zugleich hatte das subjekt. Schwindelgefühl sehr abgenommen, nach 5 Min. auf $^5/_4$ Fuss $1^1/_4$fach, nach 6 Min. auf 1 Fuss $1^1/_8$fach, zugleich bedeut. Abnahme des Schwindelgefühls. Aehnlich zu verfolgen war die günstige Wirkung der Applikat. des negat. Pols auf den Symp. oben am Halse, des anderen auf den entgegengesetzten 6. bis 7. Querfortsatz des Halswirbels. Er zog jedoch die Wirkung des R.-symp. vor. Ferner wurde 9. 8. (im Sitzen bei 5 Fuss Einfach- bei 4 Fuss Doppeltsehen) der Strom durch die Schläfe ohne Erfolg, dann dicht vor den Ohren etwas oberhalb des Met. aut. ext. angewendet (4 El.) (dies entspricht den Hirnschenkeln): der Schwindel nahm ab, von Minute zu Min., über 7 Min. jedoch nicht mehr, zuletzt war bei 10 Zoll Einfachsehen vorhanden, darunter sah er $1^1/_8$fach. Beim Oeffnen mehr Schwindel, auch mehr Doppeltsehen, was bald abnahm. Ebenso war die günstige Wirkung zu konstatiren vom Strom durch die Proc. mast. (entspricht der hinteren Fläche der Med. oblong.), ferner vom Strom dicht über den Ohren ($^1/_4$ Zoll höher) in der Mitte (entspricht den Corp. mamm.). Einige nicht genannte Applikationen, so dass die Verbindungslinie der beiden Pole den Corp. striat., den Thal. opt. entspricht etc. hatten keinen Erfolg auf Schwindel und Doppeltsehen. Es wurde vorzugsweise R.-symp. mit Verbindung der einen

oder anderen genannten Applik., später auch letztere allein angewendet. Der Verlauf der ganzen Krankheit war der Art, dass Anfangs ein rascher und nicht unbeträchtlicher Abfall von der Krankheitshöhe erfolgte von da ab nicht so steil. Auch traten noch Exacerbationen ein. Es wurde bei 3 Sitzungen in der Woche (dies bei allen Fällen, wo nichts Anderes bemerkt) oft konstatirt, dass am 2. (folg.) Tage die Erscheinungen gelinder waren, am 3. sich wieder häuften. Am 28. 7. vor der 4 Sitzung gab er an, dass am 26. (Abends nach dem Elektr.) kein Schwindel mehr eingetreten sei, 27. nur 2 Mal, heute dagegen 6 Mal, jedes Mal 5 Min. lang, nicht so stark als früher, das Schräg- und Doppeltsehen nicht so bedeutend. Leibschmerzen gestern 1 Mal, heute 2 Mal. Tageweise traten die Erscheinungen noch heftiger auf, so am 31. 7. Seit dem 9. 8. heft. Kopfschmerz von 7—3 Uhr, an den folgenden Tagen nicht so lange. Am 18. 8.: Gestern und heute zuerst kein Schwindel mehr dagewesen. Habe sich beim Essen ohne Schwindel hinsetzen können, wenn er weich, nicht wenn er hart sass. Auch Morgens beim Aufstehen kein Schwindel mehr, kein Kopfschmerz, ebenso keine Empfindlichkeit bei Druck hier mehr wie früher, kein Leibschmerz. Vor der Sitzung beim Stehen und Sitzen kein Schwindel mehr (nur bei 8 Zoll Doppeltsehen). Lesen kann er noch nicht lange. Er muss nach 5 Min. aufhören, sieht dann doppelt, die Augen thun dann weh. Am 23. 8. Doppeltsehen erst beim Seitenblick, nicht grade vorwärts in normaler Entfernung (3—4 Zoll). In den folgenden Tagen noch vorübergehend kurze Schwindelanfälle an einzelnen Tagen, ferner seit dem 25. 8. wiederholt heftige Leibschmerzen von mehrstündiger Dauer, mit Empfindlichkeit des Epig. bei Druck, einem Schmerzpunkt dicht unterhalb des Proc xiph. Hierbei jetzt Angst und Unruhe, ohne besondere Gedanken, grösser als bei dem Schwindel. Es wurde jetzt noch der Strom vom Nacken zum Epigastrium angewendet. Am 8. 9. waren seit einigen Tagen gar keine Leibschmerzen, kein Schwindelanfall mehr dagewesen. Er habe erst nachdem er sich 10 Min. lang auf eine harte Bank gesetzt, etwas Schwindel bekommen, nach $^1/_4$stündigem Lesen wieder angefangen, doppelt zu sehen, dabei kein Schwindel, doch werde er etwas unwohl. Sieht jetzt auch beim Seitenblick etwas doppelt. Noch einige Empfindlichkeit des rechten Symp., r. Pupille weiter. Die Behandlung wurde ausgesetzt und verlor sich der Rest ganz allmählig.

Dieser Fall ist für die Wirksamkeit des k. Str. auf die einzelnen Erscheinungen, speciell den Schwindel, so wie auch auf den ganzen Krankheitsverlauf sehr beweiskräftig.

Es kommt eine Reihe von Fällen, deren hauptsächlichste Erscheinungen sie zu den Geistesstörungen stellen, als deren Symptom die Schwindelempfindung und die damit zusammenhängende Sehstörung auftrat. Die zunächst folgenden 4 Fälle

gehören zur einfachen Melancholie, und boten die hier so oft vorkommenden Sensationen dar: Eingenommenheit, Druck etc. im Kopf, schlechter Schlaf, in 2 Fällen Ohrensausen, ferner Druck, Beklemmung, Betrübniss auf dem Epigástr., der Brust, Müdigkeit, Schlaffheit in den Gliedern, Empfindlichkeit beim Druck am Symp., im Epig. —

F. 7, 22 J., Schill., bot die Schwindel-Empfindung und das Doppeltsehen in der charakteristischsten Form dar. Krankheit seit 10. 1. 71. Nachdem er einige Wochen anscheinend gesund gewesen war, wurde er von neuem krank am 27. 10. Er klagte 30. 10. und vorher über „die Schwindlerei." „Es ist als wenn ich durcheinanderfallen wollte, als ob die Gegenstände so beweglich wären, hin und hergingen, doppelt wären." Bei 1—1½ Fuss Einfach-, darüber und darunter Doppelt-, bei 4 Fuss Dreifachsehen, noch weiter kann er es nicht unterscheiden. Auch wo er einfach sieht bewegt es sich („zittert") hin und her. Ob die Augen dabei oscilliren, ist nicht so genau zu konstatiren. Bei dicht aneinandergestellten Füssen schwankt Patient etwas, bald jedoch nicht mehr, bei dann geschlossenen Augen jedoch evident mehr. Auf einem Fuss allein steht er ziemlich, schwankt jedoch wieder bei dann geschlossenen Augen. Patient war darauf lange negirend, nicht zugänglich, von Behandlung konnte keine Rede sein. 1. 1. 72. besser und zugänglicher. Will beim Lesen zuweilen die Buchstaben nicht erkennen können. Noch Schwindel. Bis 2 Fuss Doppelt-, darüber Einfachsehen. Anfangs Mai Verstimmung zeitweise fast gewichen. Kein Schwindel, sieht gut. — Weniger hochgradig war der Schwindel und das Doppeltsehen im 8. F. betreffend ein Mädchen von 36 J., Lauk., krank seit 26. 3. 71. Der Schwindel sei in der Stirn, es sei, als wenn sie hier mit Nesseln gebrannt wäre, es schien ihr nicht als ob die Gegenstände um sie oder sie selbst sich bewegte. Sie sah anfangs bei wiederholter Prüfung doppelt, anfangs bis 1½ Fuss, am 4. 9. nur bis 6 Zoll, darüber einfach. Dies beim Sehen grade vorwärts, ebenso beim Seitenblick nach links, doch nicht nach rechts. Mit dem linken Auge allein dasselbe Resultat, mit dem rechten Auge allein immer einfach. Früher hatte sie jedoch mit jedem einzelnen Auge doppelt gesehen. Von der Applikation über den Ohren, vom 25. 8. ab stellte sich unmittelbar günstiger Einfluss auf den Schwindel und auf das sofortige Schwinden des Doppeltsehens ein (später ebenso Proc. mast.). Im Uebrigen wirkte vorzugsweise R.-symp. erleichternd auf die Sensat. in Gliedern, im Kopf und Brust, auf letztere noch speciell vom Nacken zur Brust. Die Erleichterung in den ersten Tagen war eine bedeutende, dann hielt ein mässiger Rest sich längere Zeit stabil und traten ab und zu mehrtägige Verschlimmerungen ein, so 14. 9., 6. 10., 27. 10., zugleich wieder Schwindel und Doppeltsehen, 30. 10. Klagte seitdem nur etwas Druck und Beklemmung auf der Brust (Chron. Bronchialkatarrh und Emphysem). 27. 11. noch einmal Schwindel und

Doppeltsehen zu konstatiren. — Der 9. F. betraf eine periodische Melanch. mit nachfolgender Manie, 59 J., Hoch. Er litt ausser Obigem an Stuhlverstopfung und Gefühl von Brand im Leibe. Die Erscheinungen waren in 2 Anfällen von Melanch. vollkommen übereinstimmend. Schwindel und Doppeltsehen fehlten, wie alle Sensationen, in der Manie. Bei leichterem Grade der Erscheinung (im Liegen etc.) wurde nur ein Schatten am Strich, bei grösserem wiederholt Doppeltsehen evident in der Entfernung konstatirt. Der momentane Einfluss der obigen Applikationen war im 1. Anfall wiederum evident. Der Gesammtverlauf schien sich anfangs günstig unter der Behandlung zu gestalten. Beginn des Anfalls 15. 8. 71, der Behandlung mit dem k. Str. 1. 9., wonach Schwindel, Sensat., Verstimmung zurücktraten, seit 11. 9. wieder mehr Klagen, die mit Ausnahme derer über den Kopf, bei der Behandlung gleichmässig bestehen blieben, seit dem 12. 10. freier, seit 28. 11. Manie. — Der 10. F. betraf eine 44jährige Frau Leu, Beginn der Melancholie seit 1. 6. 71. Anfangs Apathie, Nahrungsscheu. Nach der Galv. vom 15. 12. ab sprach sie anhaltend etwas besser, ass besser, der Druck in Kopf und Brust (Chron. Husten) besser. Ueber einen gewissen Grad kam die Besserung nicht, dann 17. 1. 72 anscheinend wieder mehr Apathie, Nahrungsscheu, stand stundenlang für sich. Es wurde daher der sek. Indukt.-Str., Metallplatte auf die Brust bis zum Beginn der Schmerzempfindung (vom 31. 1. ab) angewendet. Sie ass dann an den Abenden, wo elektrisirt, allein, an den anderen Abenden nicht, vom 17. 2. jedoch regelmässig, war dann auch freier, lebhafter. Es traten die Sensationen von da an mehr hervor, Kopfschmerz auf der rechten Seite, wo auch bes. erhöhte Empfindlichkeit, Schmerzen im rechten Arm, hier auch mehr Schmerzempfindlichkeit gegen den Indukt.-Strom, die im Uebrigen vermindert war. Auch traten die früher angegebenen Klagen über Schwindel anhaltend hervor, Anfälle, in denen sich Alles um sie herumbewege, beim Lesen werde es zuweilen schwarz vor den Augen, könne dann die Buchstaben nicht erkennen. Sie sah z. B. einen Strich bei $2^1/_2$ Fuss (früher in grösserer Entfernung) breiter werden, bei $1^1/_2$ Fuss ziemlich breit und dunkel, bei $^1/_2$ Fuss sehr breit, über einen Bleistift breit und sehr dunkel, während er in der Entfernung schmal und hell war. Die Zone des Schmalsehens wurde oft durch die Sitzung ausgedehnt. Seit dem 29. 5. war auch, bes. im Bereich des Schmalsehens, Doppeltsehen zu konstatiren, einige Male durch das Elektr. hervorgerufen, sonst vermehrt, nach dem Elektr. verschwunden oder verringert. Es traten allmählig unter Behandlung mit dem k. Str. seit 14. 3. die Sensat. mehr zurück. Sie wurde allmählig bis 11. 6. lebhafter und theilnehmender, während Gehörs-Halluc., z. Th. als Doppelvorstellungen, sich andauernd zeigten. Die Zone des Breitsehens und die Klagen über Schwindel traten mehr zurück, Doppeltsehen in den letzten Tagen nicht mehr vorhanden. — Endlich gehört hierher noch der Fall 11 eines Epileptikers Schul, der etwas still war, über den obigen ähnliche Sensationen und Schwindel klagte. Er sah in 2 Fuss

Entfernung die fixirte Mitte des Strichs nicht deutlich, th. gar nicht, th. sich hin und her bewegend. Bald sah er den Strich auf einer Seite, bald auf der anderen. In grösserer Nähe sah er die Mitte ganz deutlich. Bei 5 Fuss war die undeutl. Stelle grösser, circa $^1/_2$ Zoll gross, bei 10 Fuss $^3/_4$ Zoll gross. Nach mittelstarkem k. Str. stellte sich sehr bald betäubungsähnlicher Schlaf, am anderen Morgen ein Krampfanfall ein. Nach den schwächsten und kurz dauernden Strömen wurde er freier im Kopf, könne besser denken, Ohrensausen und Schwindel geringer. Elektr. von 3. 4.—27. 4. wo Manie bis 11. 5. während der kein Schwindel. Auch nachher anhaltend besser mit dem Schwindel, könne Stunden lang lesen, was früher nicht möglich war.

Es folgen 5 Fälle in denen Schwindel mit Doppeltsehen verbunden, bei Psychose nur vorübergehend auftrat, im ersten Fall ohne allen Zusammenhang mit ihr. In den anderen war die Psychose anscheinend der Boden, von dem aus der Prozess weitergreifend zeitweise das Schwindelgebiet in so intensiver Weise ergriff. Der zwölfte Fall gehört durchaus in die zuerst abgehandelte Gruppe.

Ein partiell Verrückter erkrankte am 23. 2. 72 unter Frösteln, Hitze etc. an Leibschmerz, Durchfall, starkem Schwindel. Der einsichtige Kranke machte selbst auf sein Doppeltsehen aufmerksam, und bot es ganz charakteristisch in der anfangs gekennzeichneten Form dar, Genesung hiervon nach einigen Tagen. — Der 13. F. Wiet, starke Erblichkeit, betraf eine sich lang hinziehende aufgeregte Melancholie, bei einem sehr einsichtigen Kranken mit den gewöhnlichen Sensationen. Es war oft über Schwindelanfälle geklagt worden und war auch zu gelegener Zeit Doppeltsehen zu konstatiren gewesen, zu anderen Zeiten nicht. Ein stärkerer Schwindelanfall seit 24. 1. 72 (seit einiger Zeit Morph.einspritzung) bei grosser Unruhe. Wenn er liegt, kein Schwindel, beim Aufrichten und Gehen starker Schwindel, als wenn er umfallen wollte, als wenn Alles mit ihm herumginge, Wände etc. 29. 1. vor dem Elektr.: Sieht in allen Entfernungen doppelt, in der Nähe auf 5 Fuss Entfernung und weiter, ebenso mit einem Auge allein. R.-symp.: Doppeltsehen bis $2^1/_2$ Fuss, darunter nicht. Strom durch die Proc. mast.: Doppeltsehen ganz verschwunden, auch der Schwindel, im Uebrigen gleich erregt. Auch später ist erst lange nach dem Aussetzen des Galv. wieder von Schwindel-Anfällen die Rede, ohne dass Doppeltsehen zu konstatiren war. Im Uebrigen minderte die Monate lang fortgesetzte Behandlung mit dem k. Str. die Sensationen, vielleicht etwas die Erregung, während der Verlauf bis jetzt (1. 6. 72 Dauer $1^3/_4$ J.) trotz Einspr., Chloral, unverändert geblieben ist. Erst am 6. 6. (Morph.einspr. wieder seit einiger Zeit) konnte, nachdem schon die Tage vorher vor der Visite Schwindel geklagt war, bei letzt. Doppeltsehen konstatirt werden.

Der Zustand bot ganz die früheren Charaktere, nur stärker. Schwindel, auch im Liegen vorhanden, beim Aufsein muss er sich halten, um nicht hinzufallen, er schwankte bei dicht aneinandergesetzten Füssen wenig (an einem anderen Tage jedoch namhafte Rucke), bei dann geschlossenen Augen evident, es stellten sich einige Rucke seitlich ein. Auf 1 Fuss allein konnte er nur kurze Zeit stehen, bei dann geschlossenen Augen sofort sehr starkes Schwanken, er kann gar nicht so stehen. Man fühlt das Schwanken, als er an den Schultern unterstützt wird, stark. Dabei Gefühl von Lähmung in den Beinen, von Messern im Epigastr., Kopfschmerz etc. Sofortige und bis jetzt dauernd erfolgt Besserung wiederum durch den k. Str. — Ferner F. 14, Blank, eine ruhige Melancholie, mit ausgesprochenen Sensationen, auf die anfangs der konstante Strom (am Rücken, Symp. etc.) vom 7. 1. 70 ab (Dauer der Krankheit nahe 3 Mon.) günstig einzuwirken schien, auch sprach Patient freier. Hierauf stellte sich bedeutender Schmerz im Bereiche des rechten N. saph. maj. ein (k. Strom von wenig Einfluss), seit dem 22. 1. sehr heftiger Kopfschmerz, später besonders an der linken Seite mit grosser Empfindlichkeit bei Druck, Empfindlichkeit links am Sympath. und seitlich am Halse, ferner Sausen und Ringeln im Kopf, er sähe Alles rundgehen, er sähe das Licht zwei- und dreifach. Dasselbe mit einem Auge allein, Lichtscheu. Einspritzung auf den Kopfschmerz ohne Erfolg. Am 24. 1 wurde bei stark angegebenem Doppeltsehen (eine genauere Prüfung fand nicht statt) nach aufsteigend am Symp. das Sehen besser, im Uebrigen noch Ströme am Kopf. Es wurde noch 25. 1. Doppeltsehen angegeben, dieselbe Applik., dann geraume Zeit kein Schwindel und nie mehr Doppeltsehen, die Kopfschmerzen nahmen in den ersten Tagen der Behandlung um etwas, dann bei Fortsetzung ders. bis 28. 2. (interkurrirend Ind.Str.) nur sehr allmählig ab, und folgte allmähliger Uebergang in volle Genesung nach einigen Monaten. — F. 15 Alb., Melanch. mit ziemlicher Aufregung bedeutende, schmerzhafte Sensationen, bes. im Kopf, klagte 23. 8. 71 (Dauer 7 Mon.) seit einigen Tagen über Schwindel, und ergab die Untersuchung Doppeltsehen auf 4—5 Fuss, vorher wird der Strich dicker, ebenso mit einem Auge. Seitenblick ohne Einfluss. Nach dem Strom durch die Proc. mast., oben vor den Ohren, R.-symp. waren fast jedesmal die Dimensionen des Einfachsehens kleiner geworden. Nach der Oeffnung stärkerer Schwindel. Bald wurde die Dimension wieder grösser. Am folgenden Tage über 8 Fuss, dann folg. über 12 Fuss Doppeltsehen und kein Schwindel mehr. Im Uebrigen wurde von der Behandlung nur Anfangs ein Zurücktreten der Sensationen und einige Beruhigung, von der Behandlung durch die Proc. mast. etc. ein Kühlerwerden des subjektiv und objektiv wärmeren Kopfes erzielt. Tod unter akutem Morb. Bright. (Eiweiss, Fascrstoffcylinder im Urin, verfettete Epithel.) 15. 2. 72. — Ferner gehört hierher eine Epileptische, F. 17 Nürn, welche eine grosse Reihe gewöhnlicher und ungewöhnlicher nervöser Symptome darbot. Zu den öfteren Klagen gehört Schwindel, zuweilen gab sie zugleich starkes Flimmern vor

den Augen, — zuw. auch an, es ginge Alles rund. 8. 9.: Sieht am senkrechten Strich in 4 Zoll Entfernung beim Sehen grade aus und rechts seitlich anfangs die untere Hälfte rechts abweichend, später doppelt ebenso mit dem rechten Auge allein, mit dem linken Auge sieht sie einfach und gerade (das linke Auge ist prominirend und steht tiefer) wird von dieser Prüfung angegriffen, schwitzt. Nach absteigend am Rücken 2 El. (+ am 1. Halswirbel) wird nach 1 Min. der vorher heissere Kopf kühler, nach 2 Min. noch kühler, doch jetzt etwas Ziehen im Kopf. Der Schwindel, Aengstlichkeit auf der Brust haben abgenommen, das Doppeltsehen nicht mehr zu konstatiren. Auch später nicht mehr, obgleich oft Schwindel geklagt wurde. Im Uebrigen wirkte der k. Str. vielfach sehr erleichternd auf die Sensationen, auch traten bei 5wöchentlichem Aussetzen die epilep. Anfälle gehäufter auf. Ein weiterer Erfolg ergab sich bei vielmonatlicher Behandlung nicht. — F. 16, Velk, Frau von 61 J., Melanch. mit grosser Aufregung. Dauer circa 1 J., mit starken Morphiumeinspritzungen behandelt (Dosis = 0,09) starke Sensationen im Kopf, Brust, Ohrenbrausen etc., Respiration verlangsamt 8 — 12, Exspiration nicht hörbar, P. 76 pro min., früher schon mit dem k. Str. behandelt mit anfangs, später nicht mehr, bedeutender vorübergehender Erleichterung. Seit circa Mitte Mai wird auch Schwindel in wechselnder Intensität geklagt. 7. 6. sehr aufgeregt, habe starken Schwindel, die Wände scheinen herumzugehen, es ist, als ob ich hinfiele. Es geht vor den Augen so hin und her. Sieht überall einfach. Bei 4 Fuss und weiter ist der Strich dunkel, bei 6 — 8 Fuss nicht genau mehr. Steht mit dicht aneinandergestellten Füssen gut. Bei geschlossenen Augen dann einiges ruckweise Schwanken. R.-symp. 2 El.; → Proc. mast. 2 El., zusammen 3 Min. (stärkere Ströme schienen vorher die Aufregung gesteigert zu haben): Leichter im Kopf und der Schwindel besser, Sehen wie vorher. Abends etwas ruhiger. Am 9. 6. ist der Schwindel noch besser, es ist nicht mehr als ob sie selbst hinfiele, Ohrenbrausen anhaltend verschwunden, schwankt nicht mehr bei geschlossenen Augen. Sonst gleich erregt. 10. 6. ebenso, jetzt Doppeltsehen auf 2 Fuss, nur bei vertik., nicht bei horiz. Strich, daher ist bei einem Kreuz nur der eine Balken doppelt. Beim Sitzen Doppeltsehen in allen Entfernungen. Nach R.-symp. Doppeltsehen nur bis 9 Zoll. Besser überall, besonders im Kopf, weniger auf der Brust. Aehnlich bei den folgenden Sitzungen. Schwindel anhaltend sehr gering. Sämmtliche bisherige Behandlungen, auch Chloral etc. wirkten im Uebrigen nur vorübergehend erleichternd, es trat bald Gewöhnung ein, am schnellsten an den k. Str.

Hiermit sind, bis auf eine noch abzuhandelnde Kategorie, die Fälle von Schwindel, in denen Doppeltsehen nachweisbar war, erschöpft. Die letzte Gruppe, in der Doppeltsehen nur zeitweise noch zu constatiren war, während der Schwindel ohne dasselbe vielfach angegeben wurde, macht den Uebergang

zu der jetzt folgenden, wo niemals Doppeltsehen nachzuweisen war, während in einer grossen Zahl von Fällen die charakteristischen Schwindel-Empfindungen (object., subject. Schwindel) angegeben wurden. Es mögen zunächst 2 Fälle etwas ausführlicher folgen, in denen der const. Str. sich theils auf den Schwindel, theils auf den Gesammtverlauf von günstigem Einflusse zeigte.

F. 18, Js., circa 45 J., ein Bruder litt ähnlich. Den studirten Ständen angehörig, vollkommen einsichtig. Pat. will vor 12 Jahren oder auch länger einen Schlag von einer Thür gegen das Hinterhaupt bekommen haben, seitdem oft Schmerzen und Ziehen im Genick. Vielleicht seit Herbst 1870 einige Verstimmung. 4. Jan. 1871 Kehlkopfskatarrh mit starkem Brennen auf der Brust. Etwas später oder um dieselbe Zeit Fall auf den Rücken, hinterher Ohnmacht, ohne Verlust des Bewusstseins, vorübergehend Ziehen von der Gegend des 1. Proc. spin. dors. in den Hinterkopf, Verstimmung und trübe Gedanken, Furcht vor Sterben. Zuweilen etwas Gesichtsröthe, leichte Benommenheit des Kopfs, Schwächegefühl, Leblosigkeit, Mattigkeit überall, in den Gliedern, speciell in den Handgelenken und Beinen, Schwäche und Ziehen in den Ober- auch Unterschenkeln. Herzklopfen, besonders Nachts. Schwächegefühl, Schmerz, Steifigkeit im Leibe, zeitweise mehr im Epig., zeitweise mehr im Unterleibe, Schwere, ein Gefühl als wenn es vom Epigastr. herunterfiele. Das Schwächegefühl tritt besonders nach dem Uriniren, weniger nach dem Stuhlgange hervor. Durch Essen kräft. Speisen, besonders starken Wein wird die Schwäche im Unterleib, auch die allgemeine besser. Aufstossen, Säure im Magen. Urin trübe, mit harnsauren Sedimenten. Die sensible Reflexerregbarkeit zeigt sich mehrfach gesteigert. Nach einem leichten Schnitt in die Zehen stellten sich heftige Schmerzen in beiden Füssen, ziehen zum Rücken herauf, grössere Schwäche ein. Beim Fassen auf den Unterleib ergab sich ein Gefühl von Schwäche hier und durch den ganzen Körper etc. Auf Druck ergab sich einige Empfindlichkeit des Symp., sonst nirgend.

Eine Eigenthümlichkeit dieses Falles war die Präponderanz des positiven Pols des k. Str. im Hervorrufen von Reizungserscheinungen bei Einwirkung auf den Symp. vor dem negativen, während gewöhnlich das umgekehrte Verhältniss stattfindet, nämlich des Blitzens vor den Augen, des metallischen Geschmacks, namentlich während der Schliessungsdauer, des Schwindels, namentlich beim Oeffnen des Stromes. Beispiels halber wurde Symp.-R. (also + am Symp.) r. 8 El. angewendet. Es ergab sich während der Schliessungsdauer starkes Blitzen, Gefühl von Zucken am Halse, etwas nach oben und nach unten nach der Brust hin, sowie in den linken Arm, metallischer Geschmack, namentlich während der Schliessungsdauer, Schwindel, namentlich beim Oeffnen des Stroms. In der folg. Sitzung bei um

gekehrten Polen fast keine der genannten Wirkungen. Dies oft konstatirt. Ebenso wenn in derselben Sitzung an beiden Seiten die Pole gewechselt wurden. Dass nicht etwa von dem negativen Pole im Nacken die Wirkung herrührte, ergab sich bei ↗ R 16 El., wo nicht jene Wirkungen eintraten, oder bei Epig. — R. (Nacken) wo erst bei viel höherer Elementenzahl die Wirkung eintrat, ebenso trat diese ein bei R.-Epig. bei hoher Elementenzahl, in beiden Fällen durch den posit. Pol. hervorgerufen. Es wurde in beiden letzten Fällen der Geschmack auf der Mitte der Zunge, bei Symp.-R. an der Seite angegeben. Der negative Pol prävalirte aber bezüglich der örtlichen Wirkung (Prickeln, Hautröthe). Die Behandlung mit dem k. Str. seit 15. 5. 71 muss als eine günstige bezeichnet werden. Sie bestand besonders im R.-Symp. Str. (später oft umgekehrt), ferner vom Nacken zum Epigastr. und Abdomen. Starke Ströme wurden i. G. gut vertragen. Unmittelbar nach der Behandlung waren oft die örtlichen und allgemeinen Sensationen geschwunden, so die Sensationen im Epigastr. und Bauch nach stabiler und labiler Applik. hier. Er fühle sich nach dem Elektr. erleichtert und wohler, die Schwäche geschwunden. Am 26. 5. war das allgemeine Schwächegefühl nicht gross mehr, die Schwäche in den Handgelenken und Oberschenkeln hatte sehr abgenommen, ebenso die Sensation im Magen, doch wurde noch immer die Leblosigkeit hier, so wie im Unterleibe sehr betont, die Nächte waren gut. Am 7. 6 wurde nur über Schwäche im Magen geklagt, sonst wollte er gut sein. Vom 7. 6 — 12. 6 ist ein Rückschritt zu verzeichnen, dem Erfolge nach damit zusammenhängend, dass der sekundäre Indukt.-strom (Metallplatte auf dem Leib) — Sensibilität mittlere — versucht wurde. Seitdem mehr klagsam, mehr Schwäche im Epig. und Unterleib, auch in den Beinen. Nach ausschliesslicher Behandlung mit dem k. Str. war dann bis 16. 6. der Zustand wieder anhaltend besser, sehr leicht in den Gliedern, doch noch die Sensation im Epigastr. Von da kam Patient sehr unregelmässig bis 10. 7., war anhaltend ziemlich gut, klagte dann bei einem Schnupfen über Leblosigkeit in der Haut, mit Schmerzhaftigkeit, z. B. der Hand, wenn er damit auf den Tisch klopfte. Ebenso sei dies im Anfang der Krankheit vorhanden gewesen, stärker, als jetzt. Es legte sich dies bald und Pat. war mit vorübergehenden Unterbrechungen wenig klagsam, anhaltend heiter gestimmt und nur selten trübe. Was sich noch immer erhielt war die Sensation, jetzt an beiden Seiten in der Gegend der falschen Rippen. Endlich kam der etwas verschlossene Herr, allmählig mehr und mehr ein genaues Bild entwerfend, mit seinen Klagen über Schwindel hervor. Zuerst 14. 7. Er habe beim Gehen ein leichtes Schwindelgefühl, wenn er auftrete, r. u. l., als ob er sich herumdrehe, dies besonders wenn er viel sehe, nicht bei geschlossenen Augen. Ferner 24. 7. und 26. 7. Habe noch Schwindel draussen, wenn er in's Weite sehe, besonders wenn er einen steilen Abhang hinab in's Wasser, oder wenn er weit weg auf gegenüberliegende Berge sehe. Er sehe darn nicht genau, es flimmere dann so hin und her, es zittern die Gegens

Es sei damit ein Gefühl von Angst verbunden, dass er sich fest anhalten müsse. Diese Angst wurde am meisten betont. Vorher geht ein Gefühl von Ziehen vom Nacken zum Hinterhaupt, von da zu den Augen, etwas Uebelkeit. Zu anderer Zeit gab er an, dass es sei, als ob er selbst hin und her wanke. Im Beginne der Behandlung sei der Schwindel viel stärker gewesen. „Wenn ich früher allein war, überkam mich ein Gefühl von Angst, es war mir als ob ich hinfiele" (man sah ihn früher nie allein). Jetzt ist diese frühere Angst nicht vorhanden, ich kann allein lange Zeit gehen. Es machte keinen Unterschied ob ich in einem geschlossenen Raum oder auf freiem Platze war. Jetzt kann ich durch den Willen den Schwindel niederkämpfen." Doppeltsehen war nicht vorhanden. Nach dieser Eröffnung wurde Pat. vom 24. 7. ausser R-symp. mit Str. durch die Proc. mast. behandelt. Er gab dann 31. 7. eine bedeutende Abnahme des Schwindels an, nur geringe Aengstlichkeit und Schwindel, an sonst für ihn gefährlichen Orten, ebenso sehr wenig Sensat. zu beiden Seiten des Epigastr. selten etwas Schwäche beim Gehen, die er durch Essen vertreibe (bis 11. 8). — F. 19, Wittwe Wei, circa 40 Jahr, in der letzten Zeit stark dem Branntweingenusse ergeben, erkrankte in den ersten Tagen des Januar 1872 sofort nach Antritt einer leichten Haft unter sehr grosser Aufregung, Zerstörungssucht. Hier milderte sich die ängstliche Aufregung unter Chloral, Morph., an die sie sich bald gewöhnte, sehr, so dass sie 22. 1. 72 bei Tage ziemlich ruhig war, Nachmittags unruhiger, Nachts nach Chloral 4,0 und Einspr. (Morph. 0,03) bis jetzt meist ruhig. Früher Nachts Gesichtshallucinationen, Mäuse, schwarze Kerls, die ihr etwas thun wollten etc. Dies jetzt weniger hochgradig, dagegen anhaltend „der Cirkel im Kopf". Sie beschrieb damit, dass namentlich Nachts oder Morg. früh, Alles sich um sie drehe, sie sieht dann zuweilen gar nicht, hiemit treten dann ab und zu noch Reste jener Hallucinationen, zuweilen mit Angst auf, ferner Ohrenbrausen. Zur Zeit gerade der Untersuchung wollte sie selten noch etwas Schwindel haben, Doppeltsehen war dabei nie zu konstatiren. Ferner beständig Schmerzen im ganzen Kopf, Schwere im Kopf, ferner Rückenschmerzen, Ziehen in den Gliedern, Müdigkeit, anfangs Beben der Arme und Beine. Zu den hervorragendsten Klagen gehörte Druck auf der Brust, beengte Respiration, Vollsein, Angeschwollensein in der Magengegend, wie fest zugeschnürt um den unteren Thoraxrand, als wenn sie keine Luft kriegen könne, Schmerz und Empfindlichkeit in der linken seitlichen Thoraxgegend. Es ergab sich anfangs P. 72, Resp. 32—36, letztere beständig kosto-abdominal, im Epigastr. und Umgegend nirgend eine Muskelspannung zu entdecken. Respiration etwas pfeifend, Stimme ganz gut, Insp. überwiegend. Im weiteren Verlaufe nahm die Erscheinung zu, P. 80—88, Resp. 40—60, meist circa 50, Exspiration überwiegend, pfeifend und aktiv ausgeführt. Die Untersuchung von Brust und Unterleib ergab wenig Abnormes, das Resp.geräusch gering, Leber etwas vergrössert und tiefer herabreichend. Die Pupillen weit, anhaltend die r. weiter. Grosse Empfind-

lichkeit des Symp. gegen Druck. Pat. zeigte eine grosse Reizbarkeit gegen den konstanten Strom, Behandlung von 22. 1. 72 ab, so dass mittelstarke Ströme R.-symp. und ↑ am Rücken während der Stromesdauer und nachher Brennen im Gesicht, objektiv Röthe der linken Backe, mehr Druck auf der Brust, könne kaum Athem holen, auch objektiv mehr beschleunigte Respiration bewirkten. Die schwächsten und kurz dauernden Ströme waren frei von dieser Verschlimmerung, wirkten namentlich erleichternd auf den Kopf. So war nach R.-symp. r. die r. Kopfhälfte frei, nach R.-symp. l. auch die l., zuweilen wurde jedoch nur die vordere Kopfhälfte darnach frei, und die hintere und Scheitelhöhe erst nach ↘ Proc mast. Ferner günstig R. — Stirn etc. Ebenso wurde nach R-symp. die vordere Hals- und obere Brustpartie und die Arme besser. Im weiteren Verlaufe wurde auch durch diese Behandlung am Symp. und Kopf, mehr noch durch ebenso schwache Ströme vom R. zum Epigastr. etwas Erleichterung auf der Brust angegeben (anfangs im Gegentheil oft Verschlimmerung), die Resp.zahl blieb dabei aber gleich, sie wurde oft etwas weniger pfeifend. Sie schlief regelmässig die Nacht nach dem Elektr. gut, die folg. wieder „Cirkel, schwarze Kerls," Unruhe. Bald jedoch wurde die zweite auch besser. Vom 7.—12. 2. waren die Nächte immer gut, die Glieder besser. Vom 12. 2 an nach starker nächtlichrr Störung wieder alle Beschwerden, Angst, Cirkel, starkes Beben, die schwarzen Kerle etc. Sie klagte dann anhaltend mehr bis 21. 2., in welcher Zeit sie nnr 1mal zum Elektrisiren kam. Von 21. 2. kam sie wieder regelmässig und sie war dann anhaltend besser, kein Schwindel, keine Hallucin., Glieder gut, nur Kopfschmerz, und die Beschwerden auf der Brust, die noch zuweilen einen höheren Grad Nachts „bis zum Ersticken" erreichten. Neue Erscheinungen traten ein seit 13. 3., zuerst leichte Entzündung des r. Kniegelenks, und nach einigen Tagen bedeutende Auftreibung des Bauches mit tympanit. Ton, Empfindlichkeit um die Nabelgegend, Neigung zu Durchfall und zur Verstopfung, Abgang von 7 Würmern, Durst, könne Nichts essen, Nichts lassen, P. 96—100, Temp. 36,1, Resp. wie früher. — Bis 3. 4. war diese Episode überwunden, dagegen bei ausgesetztem Elektrisiren, seit 3—4 Tagen Nachts und Vormittags wieder der Schwindel vorhanden, „Alles geht herum", Ziehen in den Armen und Beinen. Anhaltend Vollsein im Leib, besonders nach auch geringem Essen. Sofort nach dem Elektr. war wieder der Schwindel, Kopfschmerz und Gliederschmerzen beseitigt. Von weiteren Versuchen in der folg. Zeit war ein überzeugender Erfolg auf die Respirations- und Unterleibsbeschwerden nicht zu konstatiren. Sie lobte anhaltend ihren Zustand, wollte gesund sein, arbeitete gut, drängte nach Hause. Anhaltend war Vollsein im Leibe, Mangel an Appetit, etwas Druck auf der Brust, Resp. meist 40, die Inspiration wieder vorwaltend, P. 68. Sie gab nach Bewegungen weniger Athembeschwerden an, als in der Ruhe. Früher wollte sie diese Respirationsbeschwerden wenig gehabt haben. 3. 5. entlassen. So evident der Erfolg des konst. Str. hier war auf den Schwin-

del, Schlaf, Sensat. im Kopf, Hals, Rücken, oberen Theil der Brust und Glieder, so wenig erfolgreich zeigte er sich auf die Abdominal- und Respir.beschwerden (tonischer Krampf der Bronchialmuskeln, bei Steigerung auf die kleineren Aeste übergehend)?

Die übrigen hierhergehörigen Fälle rubriciren sich folgendermaassen: 1. Fälle von Melancholie, bei denen mehr weniger dauernder Schwindel unter anderen Sensationen vorhanden war, a) hinreichend als subjectiver oder objectiver Schwindel, oder wenigstens in einer dieser Qualitäten charakterisirt: 5 Fälle, ferner 2 Fälle, wo dieser Schwindel mit anderen Sensationen in der Melancholie, nicht in der jener folgenden Manie auftrat, ferner ein Fall, wo der Schwindel sich zu einem Ohrenleiden anscheinend Katarrh des Mittelohres, während dessen Dauer gesellte, und endlich ein Fall von melancholischer Verstimmung mit Schwindel und anderen Erscheinungen, die in Begleitung epileptischer Anfälle auftraten. — b) Angabe von Schwindelempfindungen, deren subjectiver Charakter nicht genauer festzustellen war (in wenigen Fällen als Herumdrehen im Kopf bezeichnet): 11 augenblicklich vorliegende Fälle (die Zahl im Verhältniss zu a ist jedenfalls viel grösser. — 2. Fälle von Manie, 2 Fälle mit vielen Sensationen, bei einem von ihnen noch das Gefühl, als ob die Augen hin und hergingen, ein dritter Fall mit nicht genau charakterisirtem Schwindel, im vierten mit sehr ausgeprägtem subjectivem und objectivem Schwindel auf der Höhe maniakalischer Anfälle mit Gesichtshallucinationen, im fünften Fall von maniacalischer Verrücktheit mit Sensat., der Schwindel aber nur während eines Magencatarrhs auftretend.

In einigen der vorstehenden Fälle zeigte sich der k. Str. nützlich th. bezüglich der Symptome, th. bezüglich des Krankheitsverlaufs. 3. Anfälle von heftigem akutem, sich von der sonstigen Geistesstörung als besondere Erscheinung abhebendem Schwindel:

1. F. von period. Manie. In der ruhigen Zeit Anfälle von Schwarzwerden vor den Augen, so dass sie nicht sehen kann, zugleich Ohnmachtsgefühl, ohne Blasswerden und ohne Verlust des Bewusstseins, musste zu Bett gebracht werden; Dauer bis $\frac{1}{2}$ Stunde. Nach einiger Zeit wurden statt dessen Anfälle von (subj. und objekt. genau charakterisirtem) Schwin-

del beschrieben, circa 10 Minuten lang, zuletzt 6—7 in 1 Tage, zugleich Anfälle von Magenkrampf. Gegen letzteren Wismuth mit Erfolg. Nach R.-symp. und dem Strom durch die Proc. mast. trat der Schwindel sofort nur einmal im Tage, dann noch seltener auf, wurde weniger intensiv, und es wurde nach 3 Wochen, als der psychische Zustand etwas zweifelhaft zu werden begann, seit circa 10 Tagen kein Schwindel mehr, nur eine länger dauernde Schwäche in der Magengegend zuweilen angegeben. — 2. F. von Verrücktheit mit seltenen Anfällen von subjectivem Schwindel, in entsprechende Bewegungen übergehend und Geruchshallucinationen. — 3. F. von Verrücktheit mit Zwangsbewegungen. Seit 2. 11. 71 manche Sensat. im Rücken, Rumpf und Gliedern, steht sehr breitbeinig, schwankt sehr bei geschlossenen Augen, Schwindel, Ohrenbrausen. Nicht frei vom Verdacht auf Simulation. Nach einigen Tagen wie gewöhnlich. Stets starkes Tieferstehen des r. Mundwinkels, Erweiterung der r. Pupille. Das Berührungsgefühl im Gesicht und Handrücken, r. gegen l. herabgesetzt. Der Distanzen-Sinn im Gesicht r. mässig, am Handrücken namhaft herabgesetzt, l. fein vorhanden. Der Drucksinn am r. Handrücken herabgesetzt, l. normal. — 4. F. von period. Manie mit langen Zwischenräumen, in denen etwas maniakalische Stimmung und etwas Schwachsinn. Vater, Brüder geisteskrank. In der ruhigen Zeit seltene Schwindelanfälle, so 10. 4. 71 Gefühl von Ziehen im l. Bein, Zittern desselben, Ziehen in den Augen, Doppeltsehen (ungefragt), Schwindel, kam nicht von Bewusstsein. 4 Wochen vorher ein ähnlicher Anfall mit Bewusstlosigkeit, ebenso später einer ohne Bewusstlosigkeit. 12. 4. und in den folgenden Tagen ergab sich Intaktsein beiderseits der Berührungs- (auch Art der Berührung) und Orts-, ferner der Schmerzempfindlichkeit (mit Reflex), des Temperatur-, des Kraftsinns, Herabsetzung des Distanzen- und Drucksinns l. gegen r. Pat. will mehr linkshändig sein, links (beim Violinspielen) ein feineres Gefühl gehabt haben. Die Prüfung fand statt an den Händen, z. Th. auch Füssen. Der Temperatur- und Distanzsinn zeigte sich gegen die Weber'schen Zahlen gesteigert. Die elektro.-musk. Contractilität der Flexoren, weniger der Extens. der Vorderarme zeigte sich gesteigert, r. mehr, r. war auch die sekundäre Contractilität grösser, als die primäre. Ebenso Steigerung der elektro-musk. Sensibilität, r. etwas mehr. Es ergiebt sich daher, dass bei vorübergehenden Schwindelanfällen (auch mit Bewusstlosigkeit etc.) die genauere Untersuchung, sei es als Basis, sei es als Produkte der Vorgänge noch anderweitige Störungen der Nerventhätigkeit aufzeigt, th. allgemeiner Art (Steigerung der Nervenerregbarkeit), th. mehr lokalisirt (Beeinträchtigung bestimmter Empfindungsqualitäten einer Seite).

III. Es folgt eine Gruppe von Fällen mit hinreichend charakterisirter gemeinschaftlicher anatomischer Basis, bei der Veränderungen des Sehapparats und Doppeltsehen vielfach hervorgehoben sind, Fälle von Tabes dors., hier mit Psy-

chosen. Die 4 ersten Fälle bieten den Schwindel mit Doppeltsehen in der bei den früheren Gruppen genau charakterisirten Form dar. Sie unterscheiden sich aber durch den Grad beider Erscheinungen, durch den Verlauf und sonstige Eigenthümlichkeiten.

Der IV. F. (die No. fortlaufend zu den früheren F. von Tabes mit Psych.), Hülsmann, 57 J., Krankheitsdauer wahrscheinlich 5 Jahre, mässiger Schwindel, Doppeltsehen bis auf $^5/_4$ Fuss, darüber ist der Strich noch dicker, erst bei 4—5 Fuss ist der Strich schmal und deutlich. Bei einem Auge schon bei $2^1/_2$ Fuss Doppeltsehen. Kann grosse Schrift nur schlecht lesen, die Täfelung der Thür auf 8 Fuss nicht erkennen. Bei blosser Behandlung am Rücken ergab sich bedeutende Besserung des Sehvermögens, liest mit Convexbrille kleine Schrift gut, sieht überall einfach, nur unter 1 Fuss den Strich nicht so deutlich. Kein Schwindel. — F. V., Bisch. 22 Jahr, Krankheitsdauer wahrscheinlich $3^1/_2$ J. Schwindel seit Beginn, beständig, in Anfällen stärker, Doppeltsehen sehr stark ausgesprochen, ebenso Doppeltsehen mit einem Auge, in grösserer Nähe und Entfernung sah er gar nicht mehr. Von den Sehprüfungen sehr angegriffen, sehr schwindelig, schwitzt stark. Er könne nach 5 Min. nicht mehr lesen, die Buchstaben gingen in einander und die Augen thränten ihm. Beim Beginn des Elektr. hatten Schwindel und Doppeltsehen schon abgenommen, waren beide noch vorhanden, er sah auf 6 Zoll den Strich in der Mitte doppelt, an den Enden einfach. Unter ausschliesslicher Behandlung am Rücken schwanden Schwindel, Doppeltsehen und jede Sehstörung vollkommen zugleich mit sehr bedeutender Besserung des Zustandes. — VI. F., Kegg. ca. 35 J.; Dauer ca. $^1/_2$ J., vielleicht länger. Schwindel vielleicht von Anfang an. Schwindel und Doppeltsehen sehr entwickelt. Zugleich Sehvermögen beeinträchtigt, namentlich in der Dunkelheit. Wenn er auf einen Gegenstand hinsehe, so gehe er rund in einander. Ein ihm vorgehaltener Federschaft (bei Steigerung der Sehstörung konnte er einen Strich nicht sehen), schwankt ihm in der Nähe hin und her, bei einiger Entfernung erscheint ihm das ganze Blatt voll Federn. Beim Sitzen nahm das Doppeltsehen zu. Es liess sich in diesem Fall die Wirkung der einzelnen Applikationen feststellen. Beispielsweise war vor der Sitzung bis 2′ Einfach-, darüber Doppeltsehen vorhanden. Nach R. symp. fing das Doppeltsehen erst bei $2^1/_2$′ an, nach dem Strom durch die proc. mast. erst bei $3^1/_2$′. Aehnlich wiederholt. Jedoch ergaben sich von dieser Behandlung, wie im Allgemeinen, so auch bezüglich des Schwindels bald die Zeichen der Ueberreizung. Beispielsweise trat, wenn der Strom etwas oberhalb und vor den Ohren und durch die Proc. mast. angewendet war, Zunahme des Doppeltsehens ein, dann nahm es jedoch ab nach R. symp. Oder umgekehrt nach R. symp. und durch die proc. mast. nahm es zu, und nahm dann ab nach dem Strom oben vor den Ohren. Nach letzt. Sitzung wollte er mehrere Tage lang

auffallend frei von Schwindel sein. Ebenso nahm einmal nach R. — Stirn (auf dem Wege liegt die Med. obl.) das Doppeltsehen ab. Später jedoch gab er nach diesen Applik. am Kopf Zunahme des Schwindels an, auch, er sei darnach blind geworden. Unter Behandlung am Rücken und R.-symp. erfolgte mit Besserung des sonstigen Befindens eine bedeutende Besserung des Schwindels und Doppeltsehens. Er sah den Strich von 4—6″ ab bis auf 10′ einfach und deutlich. (Bei *Benedict* findet sich ein Fall, wo unter Behandlung am Rücken Besserung des Sehvermögens bei weisser Atrophie des Opt. erfolgte.) — F. VII., Kleine 34 J., Krankheitsdauer 2 J., der Schwindel anscheinend seit Beginn der Krankheit. Zu einer Zeit gab sie zeitweise Dunkel-, Schwarzwerden vor den Augen an, selten Flimmern. Ferner: es sei als wenn sich Alles um sie herum bewege, auch als wenn sie hinfiele, bei Steigerung: es sei ihr beim Gehen, als wenn sie nach der Seite fiele, auch Nachts im Bett, als wenn sich Alles herumbewege. Währene ferner eine geraume Zeit hindurch kein Doppeltsehen zu konstatiren war, war es von einer bestimmten Zeit an, und von da beständig, nachweisbar, Pat. sah bei einer gewissen Entfernung doppelt mit allen oben angegebenen Kriterien. Der Strich schien ihr anfangs hin und her zu gehn, so dass sie nicht genau unterscheiden könne. Mit dem r. Auge allein (mit diesem sieht sie schlechter, Pup. enger) musste sie genauer zusehen, sie sah bei einer Prüfung nur einfach, während sie mit dem anderen allein doppelt sah. Bei einer 2. Prüfung sah sie die Striche näher an einander mit dem r. als mit dem l. Auge allein und mit beiden Augen. Bei diesen Sehprüfungen gerieth sie in starkes Schwanken (stehend), gab auch nachher vermehrten Schwindel an. Besonders anfangs wurde der Schwindel durch mittlere Stromstärken (z. B. Str. durch die Proc. mast.) günstig beeinflusst. Auch später noch hatte man bei sehr schwacher und kurz dauernder Applik. Gelegenheit, die Einwirkung festzustellen. So war 25. 3. 72 einiger klonischer Blepharospasmus des r. Auges, starker Schwindel, Doppeltsehen etc. vorhanden. Nach ↗ R. (+ dicht unter dem Hinthpt.) 2 El. $1^1/_2$′ war der Schwindel vielleicht etwas besser, nach dem Str. durch die Proc. mast. 2 El. 1 Min. Schwindel besser, Doppeltsehen etwas geringer, der Krampf des r. Palp. nicht mehr konvuls. Auch die folg. Tage der Schwindel noch besser. Bei Vernachlässigung obiger Restriktionen ergab sich aber Zunahme des Schwindels und andere Sympt. von Ueberreizung, die noch späterhin immer, auch bei der grössten Vorsicht und entfernten Stellen eintraten. —

Es folgt jetzt eine Reihe tabeskranker resp. tabesverdächtiger Individuen, welche kein Doppeltsehen, dagegen ein Theil noch hochgradige Schwindelanfälle darbieten.

F. VIII., Lunkel, 31 Jahr, tabesverdächtig, Dauer 1 J., Schwindel seit Beginn der Krankheit, litt an Strab. div. des r. Auges, der bei herabgesetzter Sehfähigkeit desselben, nicht zu Doppeltsehen Veranlassung gab,

Zu den beständigen Klagen gehörten Schwindel, th. kontinuirlich, th. in mehr weniger heftigen Exacerbationen. Es scheint dann Alles um ihn herumzugehen, er muss sich anhalten oder setzen, um nicht zu fallen, habe dann auch noch Schwindel. „Wenn ich lese, geht es hin und her, bei längerem Lesen verdunkelt es sich vor den Augen. dann verdunkelt sich der Verstand, dann sehe ich doppelt, dann werde ich schwindelig, dann muss ich aufhören zu lesen, nach einigen Minuten ist es dann gut." Es ergab sich bei objektiver Prüfung nie Doppeltsehen. Von der Anwendung des konstanten Stromes wurde der Schwindel momentan günstig beeinflusst und waren die Klagen dauernd weniger intensiv. — F. IX., Ils. 33 J., tabesverdächtig, Dauer 3½ J. Zu den beständigsten Klagen gehörte der Schwindel, im Anfang von bedeutender Intensität. Es sei zuweilen, als ob es ihn zur Erde zöge, als wenn er umfallen sollte. „Wenn ich sitze, so geht zuweilen der ganze Körper hin und her, dann muss ich mich zurecht setzen, um nicht vom Stuhle zu fallen." Auch im späteren Verlaufe noch einige Anfälle von Bewegungsschwindel, „Schwindel, eine solche Schwäche, als ob ich hinfiele" (27. 11. 71), „beim Gehen... hatte ich starken Schwindel, schwankte dabei wirklich von einer Seite zur andern, kam fast von Besinnnng." Unter der Behandlung nahm der Schwindel ab, es war ihm jetzt nur, als wenn sich etwas im Kopf bewege, eine Schwäche im Kopf. Einen gewissen Grad dieser Empfindung gab er fast beständig an. Beim Lesen gingen ihm (bes. im Anfange des Aufenthalts) die Buchstaben nach einiger Zeit in einander. Einen Strich sah er klar und deutlich, doch in der ersten Zeit bei 6″ flimmerig, bei über 4′ dünner, aber klar. Besserung des Schwindels bis auf einen gewissen Grad erfolgte nach vorzugsweise ✓ R., dann war vorübergehend, später nicht mehr, von günstigem Einfluss die Behandlung am Symp. und Kopf. — F. X. Möller Frau 37 J., Dauer 7 J., tabesverdächtig, nicht besonders zugänglich. Klagen über Schwindel vorhanden, doch nicht besonders hervortretend. Auch wenn sie liege, gingen die Wände mit ihr herum. Sieht einfach, der Strich geht hin und her. Bei Anwendung des k. Str. mit (vorübergehender) Erleichterung traten Ueberreizungs-Erscheinungen, Flimmern, Dunkelwerden vor den Augen etc. ein.

F. XI., Fink 31 J., Tabes mit Psych., gab bei bedeutender Besserung unter Anwendung des k. Str., an, während seines früheren unzugänglichen Zustandes unter bedeutenden Kopfsensationen Schwindel gehabt zu haben. Es seien ihm die Wände etc. herumgegangen, jetzt kein Schwindel mehr. Von 3 weiteren tabeskranken oder sehr -verdächtigen F. ergab einer nur vorübergehend (Steh- etc. Prüfung bei geschlossenen Augen) Schwindel mit Einfachsehen. Die 3 letzten F. nur kurze Zeit beobachtet. — Von den früheren F. (Tabes mit Psych.) klagte F. II. über Schwindel, Flimmern, könne nicht gut sehen (genauere Prüfung fehlt). Kein Schwindel bei I. und III. 2 F. von Tabes mit dem psych. Charakter der fortschreit. Paral. ergaben keinen Schwindel. — 5 F. von Tabes ohne psych. Störung (sämmtl. bisher

vorgeführte ergaben solche), jedoch zum Th. mit Sensation etc. im Kopf, zeigten keinen Schwindel und keine Sehstörung.

IV. Wenn man den Schwindel als die Empfindung von Scheinbewegung des eigenen Körpers oder der umgebenden Gegenstände betrachtet, so ist diese nicht denkbar, ohne dass die Raumbeziehungen zwischen Individuum und Aussenwelt verändert scheinen, ohne dass also die subjective Empfindung des Gleichgewichtsverlustes stattfindet. Die klinischen Thatsachen lehren ferner, dass es bei der subjectiven Empfindung nicht bleibt, sondern dass bei gewisser Höhe des Prozesses objective Bewegungen erfolgen. Man kann jene Beschreibung daher so aufstellen, dass Schwindel gleich sei der pathologischen Empfindung des Gleichgewichtsverlustes, möge diese Empfindung nur subjectiv sein, oder mit Bewegungen jenen Empfindungen entsprechend, einhergehen. Der Schwindel hat einen subjectiven Theil, der sich auf die Bewegung des eigenen Körpers bezieht (bezüglich der empfindenden Elemente Gemeingefühls-, vorzugsweise Muskelempfindungen angehörend), und einen objectiven, der sich auf die Bewegung der äusseren Gegenstände bezieht, (bezüglich der empfindenden Elemente vorzugsweise dem Gesichtssinn, mit Allem was dazu gehört, entsprechend). Die wirkliche Bewegung bezüglich jenes subjectiven Theils lässt sich auf der Höhe der Krankheit leicht demonstriren durch das wirkliche Schwanken, das von mehreren Kranken während der Anfälle beim Stehen und Gehen, so dass sie sich festhalten mussten, im Fall IX. auch beim Sitzen, angegeben wurde. In anderen Fällen konnte es experimentell demonstrirt werden. So trat das Schwanken in Beobachtungen 7, 13, 16, in 2 Fällen ruckweise, beim Stehen mit dicht an einander gestellten Füssen, und zunehmend bei dann geschlossenen Augen, ein. Es wirft diese Erscheinung zugleich ein Licht auf dasselbe Vorkommen in manchen Fällen bei der Tabes, auf einen mitbedingenden centralen Factor, unabhängig von allen Sensibilitätsdefecten. Bezüglich des objectiven Theils der Schwindelempfindung kann es sich, abgesehen von ausschliesslicher Perception der Lichtempfindung, nur um diejenigen bewegenden Elemente handeln, durch deren Thätigkeit, da die äusseren Objecte wirklich ruhen, die Em-

pfindung ihrer Bewegung hervorgerufen werden kann, das sind die Augenmuskeln.

Vollkommen analog dem wirklichen Schwanken des ganzen Körpers auf der Höhe des Schwindels erscheint aus den Bewegungen der Augenmuskeln, die mit der subjectiven Empfindung des Gleichgewichtsverlustes derselben zusammenhängen, das Hin- und Herschwanken der Gegenstände, besonders des vorgehaltenen Strichs erklärbar, wie es namentlich vor dem zu Tage tretenden Doppeltsehen, jedoch auch bei demselben angegeben wurde. Dahin gehört auch das vielfach geklagte Ineinanderlaufen der Buchstaben beim Lesen. Weiterhin kommt es dann zu bestimmter fester Einstellung, jedoch giebt sich jetzt die abnorme Functionirung der Augenmuskeln in bestimmten festen Resultaten kund. Aus der Insufficienz oder krampfhafter Thätigkeit von zusammengehörigen, seltener auch einzelnen Augenmuskeln, (mangelnde Coordination, vorzugsweise Association auf beiden Seiten) erklärt es sich, dass bei bestimmten Sehacten disparate Netzhautstellen auf beiden Seiten getroffen werden. So erklärt sich das Doppeltsehen mit allen seinen Eigenthümlichkeiten aus der Art der Störung im einzelnen Fall, so in bekannter Weise das Einfachsehen in bestimmter Zone der Blicklinie, das Doppeltsehen in geringerer oder grösserer Entfernung, oder in beiden Fällen, oder beim stärkeren Seitenblick, oder beim Heben der Objecte. Ferner das Schrägsehen, aus beidseitiger abweichender Functionirung, das Getheiltsein an einem Ende, das Doppeltsehen mit Convergenz aus unsymmetrischer Functionirung der die Raddrehung bewirkenden Augenmuskeln. Das Doppeltsehen beim Seitenblick nur nach einer Seite, während es nach der anderen fehlte, (Fall 8, 17) lässt eine ganz bestimmte und begrenzte Insufficienz eines Augenmuskels voraussetzen. Die Eigenthümlichkeit der Beobachtung 11, wo in der Mitte der Strich nicht deutlich, er zeitweise bald an der einen, bald an der anderen Seite gesehen wurde, erklärt sich unter obigen Umständen aus dem Wettstreit der Sehfelder. Die ungleiche Dicke und Länge der beiden Striche beim Doppeltsehen erklärt sich vielleicht durch ungleichmässige Innervation des Accomodationsmuskels. Die verschiedene Helligkeit der beiden Striche, theils hierdurch,

theils durch ungleich intensive Lichtperception des Sehapparats, sei es beständige, sei es durch den gegenwärtigen Zustand herbeigeführte. Das abweichende Verhalten bezüglich der zum Doppeltsehen nöthigen Entfernung beim horizontalen und beim verticalen Strich erklärt sich unter obigen Voraussetzungen aus dem physiologischen Verhalten, dass das Auge mehr für die Ferne accomodirt ist, wenn es horizontale, mehr für die Nähe, wenn es verticale Linien in gleicher Distanz vom Auge betrachten will.

Die Schwierigkeit beginnt, wenn man die Erscheinung erklären will, dass das Sehen mit einem Auge allein fast vollkommen dasselbe Resultat (Doppeltsehen etc.) liefert, wie mit beiden Augen. Man könnte sich vielleicht einen Augenblick an die monochromatische Abweichung erinnern, dass, so wie die Sterne und andere leuchtende Puncte strahlige Figuren, so feine Lichtlinien schwächere Doppelbilder entwerfen (Wundt, Physiol. S. 549). Man könnte vielleicht die Idee bekommen, dass der Tens. chor. durch partielle Contracturen ein verschiedenes Brechungsvermögen für die einzelnen Meridiane des Auges bewirke, und so mehrere Bilder zu Stande kommen. Eine solche Idee wird aber durch Vieles und schon dadurch hinfällig, dass zugleich verticale und horizontale Linien doppelt erscheinen, in welchem Falle bei jener Hypothese die verschiedene Brechung der einzelnen Meridiane sich durchkreuzen und stören würde. — Als Hypothese scheint die physiologische Thatsache herbeigezogen werden zu müssen, dass auch in normalem Zustande bei verdecktem einem Auge, doch dies bezüglich der Richtung und Stellung eines gegebenen Gegenstandes mit maassgebend ist. Fixirt man (Wundt S. 600) bei geschlossenem rechtem Auge mit dem linken einen Punct, und hierauf einen in derselben Blicklinie gelegenen näheren Punct, so scheint letzterer sich nach links zu bewegen (wegen Veränderung der mittleren Blickrichtung.) Ein fixirter verticaler Faden scheint sich in diesem Fall zu drehen (wegen Raddrehung des geschlossenen rechten Auges.) So wie in diesem Falle das geschlossene rechte Auge den Gesichtseindruck zu der eigenen Muskelinnervation von dem sehenden linken entlehnt und so bezüglich der Richtung etc. bestimmend ist, so

könnte man denselben Vorgang in dem pathologischen Falle voraussetzen, dass disparate Netzhautstellen getroffen werden. Es wird hier also auch das geschlossene rechte Auge den Gesichtseindruck von dem sehenden linken hinzuergänzen und im Uebrigen den Gesammteindruck (Richtung, Breite etc.) so verarbeiten, wie es ihn nach seinen sonstigen Bedingungen, Muskelinnervation, Accomodation etc., sehend verarbeiten würde. Dies erklärt dann sämmtliche Erscheinungen. — Fall 8, 17 und VII. zeichneten sich dadurch aus, dass Patient mit 2 Augen und dem Auge einer bestimmten Seite doppelt sahen, theils allgemein (VII), theils beim Blick vorwärts und nach einer bestimmten Seite (8, 17), während sie mit dem anderen Auge allein einfach sahen. In diesen Fällen erhielt das defecte (in zwei Fällen auch sonst nachweisbar) Auge durch die Sehprüfung einen solchen Reiz, dass die Muskelinsufficienz dadurch beseitigt wurde. Fieber (Allg. Wien. med. Ztg. 1870 S. 488) berichtet die von mehreren Aerzten constatirte Thatsache (die einzige mir bekannt gewordene literäre Angabe), dass Patient mit beiden Augen Alles verschwommen, mit dem rechten ganz gut, mit dem linken doppelt sah. Dies erklärt sich demnach aus dem eben Vorgeführten und früher Entwickelten.

Die etwa schnell wechselnde Einstellung der Augenmuskeln in kurzer Zeit zur Erklärung des mehr als zweifachen Sehens herbeizuziehen, scheint für alle Fälle nicht hinlänglich gestützt. Es dürfte hier vielleicht am plausibelsten sein, den bisherigen Boden der Erklärung zu verlassen und von dem eigentlich sensuellen Gebiet auszugehen. Es ist nämlich an einen nicht seltenen pathologischen Vorgang in der sensiblen Sphäre zu erinnern. Es werden bei Tabes bei Berührung mit einer Cirkelspitze nicht selten 2, selbst 3 angegeben, oder der Kranke giebt auch wohl Berührung an der symmetrischen anderen Seite an. Das in Rede stehende Phänomen könnte sich vielleicht in vollkommen analoger Weise durch Irradiation des Seh-Empfindung erzeugenden Vorgangs in centralen Ganglienzellen erklären. — Dass in vorliegenden Fällen auch ganz andere Verhältnisse vorkommen können, z. B. dass der begrenzende Saum von Zerstreuungsbildern als neue Linie aufgefasst und so scheinbares Doppeltsehen vorgetäuscht werden kann etc.,

soll für einzelne Fälle nicht bestritten werdeu. Sollte in einem solchen Fall Schwinden der Erscheinung durch den k. Strom eintreten, so läge eine specielle Kategorie für seine Wirksamkeit und für die Theorie vor. Es läge dann derselbe Fall vor, wie in Beobachtung 10, wo das Breitsehen des Strichs in bestimmter Entfernung, anscheinend unabhängig vom Doppeltsehen, also durch mangelhafte Accomadation bedingt, durch den k. Str. günstig beeinflusst wurde.

Wenn in dem Vorhergehenden die pathologische Innervation der Augenmuskeln einerseits und die der zu Körperbewegungen erforderlichen Muskeln andererseits als Ausfluss und Symptom des Schwindelvorgangs dargestellt wurde, so schliesst dies nicht aus, dass von diesen beiden Seiten her ein Einfluss auf den Schwindel, eine Verschlimmeruug, ein stärkeres zu Tage treten desselben, oder eine Besserung stattfinden kann. Ein stärkeres Hervortreten des Schwindels beim Sehen, also bei stärkerer Inanspruchnahme der Augenmuskeln wird wiederholt bemerkt. In einem Fall von Schwindel bei Magencatarrh wurde der Schwindel zuletzt noch in einem Zustande grösserer Disposition vor dem Einschlafen und nach dem Aufwachen, jedoch nur so lange beobachtet, als die Augen geöffnet waren. Ebenso bemerkte Fall 18, dass er den Schwindel besonders dann habe, wenn er viel sehe, nicht bei geschlossenen Augen. Es nahm ferner wiederholt im Verlaufe der Sehprüfungen, besonders der lange fortgesetzten das Doppeltsehen und damit zugleich der Schwindel zu. In einigen Fällen, so V. und VII. stellte sich dabei vermehrtes Schwanken beim Stehen, grosses Angegriffenwerden und im Fall V. Schweiss ein. Dem gegenüber steht jedoch auch in einer Reihe vollkommen analoger Fälle ein bessernder Einfluss des Sehens, theils der Sehprüfungen, besonders jedoch von dem allgemein orientirenden Einfluss des Sehens. In einem Fall von Schwindel bei Magencatarrh trat in Folge der gymnastischen Sehprüfung Verschwinden des Doppeltsehens und zu gleicher Zeit des Schwindels ein. Im Fall 7, 13, 16 wo zum Theil ruckweises Schwanken bei dicht an einander gestellten Füssen stattfand, nahm dies zu beim Augenschluss, also bei Fortfall der orientirenden Thätigkeit der Augenmuskeln. Bezüglich der Vermehrung des Schwindels

durch Körperbewegungen ist als allgemeine Thatsache hervorgehoben, dass wenn der Schwindel im Liegen nicht hervortrat, er durch Aufrichten, und noch mehr durch Stehen und Gehen hervorgerufen werden konnte. Lässt auch ein Theil dieser Fälle die Deutung veränderter Blutvertheilung im Gehirn zu, so lässt ein anderer den Einfluss von Körperbewegungen und -Stellungen bestimmt hervortreten. Ausser dem berührten Einfluss des Stehens bei dicht an einander gestellten Füssen möge Fall 18 erwähnt werden, dass Schwindel jedes Mal eintrat beim Gehen, beim Auftreten auf den rechten und linken Fuss, als ob er sich herumdrehe. Wiederholt trat der Schwindel und das Doppeltsehen beim Sitzen stärker hervor, als beim Stehen, so im Fall 16, VI. u. bes. im Fall 6, so dass dieser geraume Zeit gar nicht sitzen konnte. *Immermann* macht die in namhafte Handbücher (*Hesse*, *Niemeyer*) übergegangene Angabe, dass vom eigentlichen Schwindel diejenigen Fälle zu trennen seien, wo durch Hirnleiden, durch welche Theile in der hinteren Schädelgrube beeinträchtigt werden, eine Störung in der Erhaltung des Gleichgewichts durch die Rumpfmuskeln bedingt werden, die während der Ruhe nicht bemerkt wird, aber bei der Ausführung von Bewegungen Schwankungen, und somit alle weiteren Erscheinungen des Schwindels bedingt. Diese Verallgemeinerung war nach Obigem nur möglich bei Durchschneidung der klinisch zusammenhängenden Erscheinungen, welche eine Trennung der Schwindelempfindungen von den entsprechenden Bewegungen nirgend zulassen. Wenn in der That jene Schwindelbewegungen und damit zusammenhängende Schwindelempfindungen in abnormer Innervation der Rumpfmuskeln ihren Grund haben, so haben letztere in dem grössten Theil der Fälle (sämmtliche hierher gehörige vorgeführte) denselben Grund, wie die ursprüngliche Schwindelempfindung selbst, wurzeln an derselben Stelle und sind durch dieselben Applicationen des k. Stroms angreifbar.

Es ist noch die Thatsache zu bemerken, dass in einem Falle von Magencatarrh mit Schwindel, ferner im Fall 13 und 16 durch Morphiumeinspritzung der Schwindel mit dem Doppeltsehen verstärkt, vielleicht hervorgerufen wurde. Dasselbe gilt im Fall 10 vom k. Strom während der Schliessungs-

dauer, sonst in vielen Fällen bezüglich des Schwindels, der beim Oeffnen eintrat. In Fällen, welche nicht die Disposition zum Doppeltsehen enthielten, wurden durch jene Einflüsse Schwindel, oder als solche bezeichnete Empfindungen (nicht hinreichend charakterisirt als subjectiver und objectiver Schwindel) hervorgerufen, jedoch kein Doppeltsehen.

Diejenigen vorgeführten Fälle, in denen Schwindel, zum Theil (als subjectiver oder objectiver oder in beiderlei Hinsicht) hinreichend charakterisirt angegeben wurde, ohne dass Doppeltsehen, zum Theil auch irgend eine andere der angeführten Sehstörungen zu constatiren war, lassen bezüglich der Auffassung folgende Kategorien resp. Möglichkeiten zu. 1. Es findet in der That eine abnorme motorische Innervation der Augenmuskeln statt, jedoch äussert sich dieselbe nicht bezüglich des Doppeltsehens, sei es, dass die gymnastische Uebung bei der Sehprüfung die pathologische Innervation überwindet (wie ein solcher exquisiter Fall vorgeführt wurde), sei es, dass andere Bedingungen zum Doppeltsehen fehlten. Dahin gehört Beobachtung VIII. mit Strab. div. des rechten, im Sehen beeinträchtigten Auges, welches überhaupt nicht zum Sehen benutzt wurde und kein Doppeltsehen erzeugte. Die abnorme Innervation der Augenmuskeln bewies in diesem Falle das Hin- und Hergehen der Gegenstände. 2. Es hält sich der Vorgang nur im Bereiche der Empfindung und ist nicht zu der Höhe gelangt, um eine abnorme motorische Innervation der Augenmuskeln hervorzubringen. 3. Der Swindelvorgang betrifft nur das Allgemeingefühl und zusammenhängende motorische Innervation, nicht das Gebiet des Gesichtssinnes. 4. Unbestimmte Empfindungen, welche eigentlich keine Schwindelempfindungen sind, werden aus Mangel an passender Bezeichnung mit jenem Namen belegt.

Die vorgeführten Beobachtungen ergeben, dass der Schwindel mit dem zugehörigen Doppeltsehen ein Symptom unter anderen Symptomen war. Der Symptomencomplex gehörte in der ausserordentlich überwiegenden Mehrzahl der Melancholie, der melancholischen Verstimmung, im Gegensatz zur Manie an. Es ist insofern der Schwindel vollkommen analog ei anderen Kategorie subjectiver Empfindungen, den meist

weniger schmerzhaften Sensationen, welche vollkommen denselben Gegensatz zwischen Melancholie und Manie innehalten. Dieses Gebundensein an die Melancholie ist auch für diejenigen Fälle bemerkenswerth, welche eine gesonderte Stellung einnehmen, (1. Gruppe) oder welche eine specifische Beziehung haben (Melancholie bei Tabes dors.) Bei keiner Kategorie von Fällen war der Schwindel mit Doppeltsehen, oder auch der Schwindel ohne solches ein nothwendiges Symptom. Der Grad der Verbreitung ergiebt sich aus den früheren Ausführungen. Speciell hervorzuheben ist, dass bei der Tabes mit Melancholie ein namhafter Theil Schwindel mit sehr charakterisirtem Doppeltsehen, der bei weitem grösste hinreichend gekennzeichnete Schwindelempfindung, und nur ein kleiner Theil keinen Schwindel darbot. Eine Reihe von Tabes-Fällen ohne Psychose zeigte keinen Schwindel und keine Sehstörung. — Hervorzuheben ist ferner, dass in einigen Fällen, in denen bei verschiedenartiger psychischer Erkrankung, der Schwindel nicht unmittelbar in die Symptomatologie einging, sondern sich in selbständigen Anfällen von ihr abhob, die genaue Untersuchung noch anderweitige Abnormitäten der Functionirung des sensiblen und motorischen Nervensystems aufdeckte (allgemeine und localisirter Orte).

Es ist bezüglich der Symptomatologie noch einiger Vorgänge zu gedenken, welche als Irradiation von bei der Schwindelempfindung betheiligten Ganglienzellen auf solche anderer Empfindungen etc. aufzufassen sind, oder umgekehrt. So schien im F. VIII. in Folge des Schwindels eine Beeinträchtigung des Gedankenganges etc. statt zu finden. „Wenn ich lese, geht es hin und her, bei längerem Lesen verdunkelt es sich vor den Augen, dann verdunkelt sich der Verstand etc.“ Speciell zu besprechen ist das Angstgefühl in Verbindung mit dem Schwindel. Beide kamen, bei der Natur des Symptomencomplexes, dem beide Erscheinungen angehören, oft zusammen vor. Es liegen auch einige Thatsachen vor, welche eine nähere Verbindung beider Symptome an die Hand geben. Im F. 6 war Pat. lange Zeit hindurch zugleich mit eintretenden Schwindelanfällen, nicht bei den auch vorhandenen Anfällen von Leibschmerzen, psychisch gedrückt und verstimmt, zeigte

später Angst und Unruhe, lief unruhig umher. Später, bei sehr vermindertem Schwindel, kehrte sich jedoch das Verhältniss um. F. 18 gab mit dem Schwindel ein Gefühl von Angst an, letztere wurde am meisten betont. Im Anfang der Krankheit wurde durch das Alleinsein ein Gefühl von Angst hervorgerufen, zugleich hiermit jedoch eine Empfindung von Schwindel, als ob er hinfiele. Im späteren Verlaufe wurden durch das Sehen auf ferne Berge etc. einige Sehstörungen und Schwindel hervorgerufen, so dass er sich fest anhalten müsse und zugleich ein Gefühl von Angst. Dass jedoch bei vorliegenden Krankheitszuständen die Verbindung keine zu innige, nur Irradiation von einem Gebiet in das andere ist, die vorhanden sein und fehlen kann, beweisen in eklatanter Weise diejenigen Fälle (z. B. F. 13, 16), in denen durch den k. Str. der Schwindel mit dem zugehörigen Doppeltsehen verschwand, während die Angst fortbestehen blieb.

Zu den wichtigsten Schlussfolgerungen aus den vorstehenden Beobachtungen gehören die aus der Einwirkung des k. Str. Sie haben eine lokal-diagnostische und eine therapeutische Seite. Sie sind desswegen mit einer grösseren Sicherheit zu Schlussfolgerungen zu benutzen, weil man an dem Grade des Doppeltsehens einen Maassstab für die Einwirkung der Applik. je nach der vom Strome vorzugsweise getroffenen Stelle hat. Als solche konnte nur eine solche betrachtet werden, welche sich auf der graden Verbindungslinie der Elektroden-Ansätze befindet. Diese Stellen sind nach Festsetzungen am Cadaver bei successiv-abgetragenem Gehirn in Beob. 6 namhaft gemacht. Die Resultate jener Beobachtung, welche an vielen anderen Fällen controllirt wurden, sind, dass eine günstige Beeinflussung des Schwindels statt fand durch Einwirkung auf das obere Halsmark (Strom ↓ am Rücken, + dicht unter dem Hinterhaupt oder etwas tiefer), ferner durch Einwirkung auf den Symp. (— am 1. Ganglion des Symp., + an den Querfortsätzen der unteren entgegengesetzten Halswirbel, oder auch umgekehrte Pole). Diese letztere klinische Thatsache, welche in Uebereinstimmung mit manchen ähnlichen steht, ist für den Einfluss der Applik. am Symp. auf den Schädelinhalt (mit *Benedikt* u. A.) zu betonen, wenn

auch die neueren physiologischen Experimente (*A. Schultz, Riegel* und *Jolly* gegen *Nothnagel*) dieser Auffassung nicht günstig sind. Günstiger als jede der beiden genannten Applik. für sich wirkte ihre Verbindung, R.-Symp. Noch wichtiger waren die Einwirkungen auf einige Theile des Schädelinhaltes. So der Strom durch die Proc. mast. (entspricht der hinteren Fläche der Med. obl.) (*Benedikt* behandelt den Schwindel mit Strömen am Symp. und durch die Proc. m.). Ferner Ströme $^1/_4$ Zoll nach vorn und oben von der vorderen Ohrkante (entspricht den Hirnschenkeln), ferner Ströme $^1/_4$ Zoll über dem Ohr in der Mitte (entspricht den Corp. mamm). Es ist jedoch bei letzter Applikation zu bemerken, dass bei den $^1/_2$—1zölligen Elektroden und bei dem Beginn des Haarwuchses auch Stromfäden von ganz dicht über dem Ohre durch das Gehirn gehen, was mehr dem Pons entspricht. Andere Applik. mehr nach vorn, welche den Corp. str. und Thal. entsprechen, hatten keinen Erfolg. Es liegt nun auf der Hand, dass der grösste Theil der angeführten Stellen, Hirnschenkel, Brücke, verläng. Mark, Halsmark, Sympath. dem Verlauf der Gefässnerven entspricht. Es könnte daher die Einwirkung auf den Schwindel vielleicht durch letztere erfolgen. Nicht in diese Art der Einwirkung zu bringen ist aber die auf die Corp. mamm. Es fällt daher diese Thatsache für die bestrittene physiologische Annahme in's Gewicht, dass die Vierhügel das Innervationscentrum für die Augenmuskeln (*Adamück*) seien. Auf der anderen Seite ist auch zu berücksichtigen, dass bei den genannten Applik. unter der Möglichkeit der Stromeinwirkung Hirntheile stehen, von deren Verletzung das Experiment Zwangsbewegungen nachgewiesen hat. Da jedoch zu letzteren auch Sehhügel und vielleicht die Streifenhügel gehören, deren Beeinflussung hier ohne Resultat ist, so spricht dies mehr für jene Vermittelung der Gefässnerven.

Wenn alle diese Ausführungen den anatomischen Sitz des Schwindels beleuchten, so legen sie einen innigen anatomischen Zusammenhang nahe, betreffs der melancholischen Verstimmung und damit zusammenhängender Sensationen, welche so ausserordentlich häufig mit dem Schwindel verbunden sind.

Das Symptom Schwindel behandelt mit dem k. Str., muss im Ganzen als eins der günstigsten Behandlungsobjekte von allen Erscheinungen bezeichnet werden, mit denen der Psychiater es zu thun hat. Auch auf den Krankheitsverlauf zeigt sich der k. Str. in manchen hierher gehörigen Fällen von mehr weniger günstigem Einfluss. In den Fällen der ersten Krankheitsgruppe, Magenkatarrh mit nervösen Erscheinungen, welche allerdings vielfach eine spontane Tendenz zur schnellen Genesung zeigen, erweist sich, wenn letztere auf sich warten lässt, der k. Str. oft von unmittelbarem Einfluss. In Fällen genuiner Melancholie, oder solchen, die sich ihr nähern, in denen Schwindel ein mehr weniger hervorragendes Krankheitssymptom ist, lässt sich in einigen Fällen der Einfluss des k. Str. auf eine günstige Wendung bis zur nahen Genesung unzweifelhaft demonstriren (F. 6. 18. 19.). In einem viel grösseren Theil der Fälle zeigt sich ein anderes Verhalten, wie es bei der ganzen Hauptgruppe, der diese Fälle angehören, sich so oft findet. Es zeigt sich nur ein momentaner oder auch dauernder günstiger Einfluss auf einzelne Sensationen, oder es zeigt sich anfangs ein günstiger Einfluss auf den ganzen Kranhheitsverlauf, dann jedoch ein Stillstand, und von da erst ein sehr allmähliger Abfall oder ein jetzt unbeeinflusstes Verharren auf nahe der früheren Höhe oder auf ihr selbst.

Der k. Str. in derselben Applik. erwies sich unter Umständen ebenso nützlich in Fällen von Schwindel, welche keine der angeführten Sehstörungen bei objectiver Prüfung darboten. Mit Rücksicht auf frühere Auseinandersetzungen wird man daher auch aus der Einwirkung des k. Str. dieselbe anatomische Beziehung des Krankheitsheerdes und nur einen graduellen Unterschied dieser Fälle von denen mit den etc. Sehstörungen folgern.

Besonders zu besprechen ist noch die Einwirkung des k. Str. auf den Schwindel bei Tabes mit Psychose. Bei nicht weit vorgeschrittenem Processe reagirten einzelne Pat., bei denen der Versuch gemacht wurde, eine Zeit lang in derselben Weise auf den k. Str., wie in F. ohne Tabes. In einer vor-

gerückteren Zeit stellte sich aber eine solche Reizbarkeit gegen alle Applik. am Kopf und in seiner Nähe ein, dass von wiederholten Applik. hier, auch der schwächsten Ströme, Abstand genommen werden musste. In den Fällen, in denen ein gänzliches Schwinden des Schwindels und der Sehstörung erfolgte, trat dies ein bei bedeutender Besserung des Rückenmarksleidens unter Applik. des k. Str., die ausschliesslich auf letzteres gerichtet waren.

V. *Trousseau* beschreibt unter dem Namen Vertige stomacale (Magen-, Bauchschwindel) Schwindelanfälle, die auf oft ganz unbedeutende Veranlassung eintreten und deren intervalläre Symptome nicht in Betracht kommen. Die Beziehung zum Magen ist vielfach angefochten und würde eher die vorgeführte I. Gruppe diesen Namen verdienen. Die *Niemeyer'*sche Darstellung der Krankheit, deren Anfälle den früher genau gekennzeichneten symptomatologischen Charakter haben, bietet Züge dar, welche wohl als allgemeine Rubricirung der von *Benedikt* als Platzschwindel beschriebenen Zustände erscheinen können. *Ben.*'s Kranke befanden sich im Zimmer oder engen Raum wohl oder leidlich, bekamen Schwindel (das Gefühl als ob sie hinstürzen müssten) auf breiter Strasse oder freien Plätzen. *Ben.* sucht den Grund in abnormer Empfindlichkeit der seitlichen Parthien der Netzhaut, wodurch ein Wettstreit der von diesen ausgehenden Impulse zur Innervirung der Augen- (Convergenz- etc.) Muskeln und der von der Mac. lutea. ausgehenden Impulse und dadurch eine Alteration des Augenmuskel-Bewusstseins veranlasst wird. Diese wird überwunden durch scharfes Fixiren eines bestimmten Gegenstandes (über den freien Platz rollenden Wagens etc.) und dadurch bewirkte energische Unterdrückung der seitlichen Impulse. *v. Stellwag* fand bei einem Kranken die centrale und periphere Sehschärfe vollkommen normal, dagegen eine auffallende Schwäche in der Convergenzfähigkeit und in dem Seitenblickvermögen (bei 30° Seitenblick Doppeltsehen). *Ben.* scheint daher mit der abnormen Empfindlichkeit der seitlichen Netzhautparthien die Thatsachen zu überspringen. Letzteren entspricht mehr ein Ausdruck, der sich ausschliesslich auf die

abnorme Funktionirung der Augenmuskeln beschränkt, wodurch sich die Charakterisirung dieses Schwindels den früheren Erörterungen anschliesst. Dies gilt sowohl bezüglich der symptomatologischen Auffassung der abnormen Muskelfunktionirung zu einem Centralleiden (welches allerdings betreffs der eigenen und der hier abgehandelten Fälle einen eben solchen Gegensatz darbietet, wie bei der folg. Gruppe), als auch bezüglich der Verschlimmerung, Hervorrufung von Anfällen durch diese abnorme Thätigkeit selbst. Es scheint mir die Annahme angemessen, dass in einem engen Raume, wo wenige Gegenstände vorhanden sind und diese zusammenhängend und unmittelbar in diejenigen Punkte, Linien und Flächen zusammenstossen, welche der Fixirung sich von selbst darbieten, die Fixirung leichter sei, als auf einem freien Platz, wo so viele selbstständige Gegenstände die Fixirung herausfordern. Ob dies übrigens plausibel sei, darauf kommt weniger an, als die Thatsache der abnormen Funktionirung der Augenmuskeln und die Beziehung derselben zu der centralen Störung festzustellen.

Die von *Westphal* als Platzfurcht (Agoraphobie) beschriebenen Zustände, bei welcher Gelegenheit er auch Fälle von *Brück* und *Flemming* vorführt, unterscheiden sich von den abgehandelten Krankheitsgruppen dadurch, 1) dass bei letzteren Schwindel vorhanden war und gerade bei ihnen den Hauptgegenstand der Untersuchung bildete, bei der Platzfurcht fehlt; 2) dass in den eigenen Fällen der Schwindel als Symptom bestimmter, durch andere Symptome hinreichend gekennzeichneter, beständig nachweisbarer Zustände auftrat (F. 6 nimmt eine besondere Stellung ein), bei der Platzfurcht die anderweitigen Symptome im Vergleich mit der eigentlichen Krankheitserscheinung sehr in den Hintergrund traten, 3) dass die mitgetheilten Zustände einen bestimmten Decursus haben, die Platzfurcht als ein stabiler Zustand erscheint. Nichts desto weniger treten einige gemeinschaftliche Beziehungen hervor. Die Anfälle von Flimmern vor den Augen, Verdunkelung des Gesichts sind beiden gemeinschaftlich. Wenn hier Schwindel vorzugsweise, dort Angst ohne ihn hervortrat, so legen einige

eigene Fälle die innige Beziehung beider Symptome nahe, wie früher ausgeführt. Wenn bei der Platzfurcht grosse freie Plätze, lange Strassen etc. die Angst hervorrufen und Plätze, welche mit Beeten oder anderen Gegenständen versehen sind, welche dem Blick einen Anhaltspunkt gewähren, das Ueberschreiten erleichtern (bei *Brück* der Blick auf Wolken), so wurde im F. 18 Schwindel und Angst vermehrt durch die Aussicht von einem hohen Punkt auf ferne Berge, wobei die Erscheinungen abnahmen, wenn er den Abhang seines Standpunktes hinab, und den Boden stets im Auge behaltend, dann erst auf die jenseitigen Berge sah (nicht mit in die Geschichte aufgenommen). Der bessernde (und verschlimmernde) Einfluss des Fixirens trat in den Krankengeschichten vielfach hervor. Die Unmöglichkeit allein zu gehen, die Besserung durch kräftige Speise und Wein ist dem F. 18 und der Platzfurcht gemeinsam. (Spirit. auch dem Schwindel nach Magenkatarrh). F. III. der Platzfurcht: Wenn die Angst ihre Höhe erreicht hat, kommt es ihm vor, als ob der Boden unter ihm wanke. Im F. I. und III. der Platzfurcht liegen (wobei ich allerdings mein mangelndes Sachverständniss bemerken muss) an beiden Seiten ungleichmässige Mängel der Refraktion und damit der Accomodation vor, im F. II Insufficienz der r. Interni. Dass diese Mängel innerhalb der Breite relativer Gesundheit liegen, kann meines E. die Sache nicht entscheiden. Beispielshalber wird, wenn ein geschulter Gymnastiker unbeholfen auftritt und bei geschlossenen Augen etwas schwankt, der Umstand die Beziehung zu einem centralen Rückenmarksleiden event. nicht beeinträchtigen, dass Andere ohne dies Centralleiden dieselben Erscheinungen darbieten. Es handelt sich darum, Kriterien aufzusuchen, welche die Abhängigkeit von einem Centralleiden darthun, wie in den eigenen Beob. der Verlauf und der Einfluss des k. Str. Dass selbst bei nachgewiesener Abhängigkeit der Schwindel etc. nicht als einfache Folge der mangelhaften Funktionirung der Augenmuskeln zu betrachten ist, wurde hinreichend herzorgehoben. — Diese Ausführungen bezwecken nichts weiter, als meine Bedenken darüber auszudrücken, ob es wirklich über allen Zweifel erhaben sei, dass

an den Erscheinungen von Platzfurcht der Schwindel mit seiner abnormen Innervation der Augenmuskeln, dessen lose Verbindung mit anderen Zuständen vielfach hervortrat, so ganz unbetheiligt sei. Im Fall er doch betheiligt sei, würde die abnorme Funktionirung der Augenmuskeln einer von den vielen Umständen sein, welche den Angstanfall verschlimmern oder selbst hervorrufen könnten.

Casuistik.

Zwei Fälle von geheilter Epilepsie mit Geistesstörung.

I.

Caroline Schn. aus Melle, geb. 2 Juni 1851 ward am 7. Juni 1869 also im Alter von 18 Jahren in die Irrenanstalt zu Osnabrück aufgenommen.

Anamnese: Vater epileptisch und Trinker, Mutter und die übrigen Kinder gesund. Im Alter von 3 Jahren 2 heftige Insulte von Epilepsie, später einige Anfälle von Zuckungen ohne Verlust des Bewusstseins. „Nach dem Verschwinden dieser Anfälle bekam das Kind einen starken Kopfausschlag, welcher sich jedes Jahr wiederholte, bis zum 14. Lebensjahre, wo er völlig ausblieb“ (Physicatsbericht). Bis dahin war die körperliche und geistige Entwicklung vollständig der Norm entsprechend gewesen und das Kind stand an Intelligenz seinen Schulgenossen nicht nach.

Kurz vor ihrer Confirmation, 4 Jahre vor ihrer Aufnahme in die Anstalt stellte sich täglich 2 bis 3 Mal ein „Uebelwerden“ ein, welchem immer eine Bewusstlosigkeit von 10 Minuten folgte; nach $^1/_2$ Jahre war die Epilepsie eclatant und die Anfälle traten, namentlich Nachts so häufig ein, dass innerhalb 24 Stunden durchschnittlich 2 erfolgten. Das Kind erhielt sofort medicinische Hülfe, zahlreiche Mittel und Aerzte wurden versucht, allein vergebens. Der Körper blieb fortan auf der Stufe eines Kindes stehen, es trat weder die Menstruation noch eine Fortentwicklung der Genitalien und Brüste ein. Dagegen ging die Intelligenz immer tiefer abwärts, und der Geist verblödete während der nächsten 4 Jahre vollständig.

Bei der Aufnahme folgender Status praesens: Habitus eines 13jährigen Kindes. Schädel klein, Stirn flach und niedrig, sonst ohne Abnormität. Zwischen den dicken Lippen heraus fliesst unaufhörlich ein zäher Speichel. Haltung schlotternd, in den Knien geknickt, Gang unsicher, nach der einen oder anderen Seite schwankend, mehr fallend. Auch in einem bequemen Stuhle kann sie oft nicht sitzen, sondern sinkt in ihm zusammen, oder fällt aus ihm heraus. Sie läuft unablässig im Zimmer umher, wie sie auch zu Hause ohne Besinnung durch Wälder und Felder umherirrte, wirft Tische und Stühle um, steht auch Nachts zuweilen auf, um durch

die Zimmer zu wandern. Den Harn lässt sie beständig unter sich gehen, den Stuhl aufzufangen wird sie öfters auf den Abort geführt. Sie ist gänzlich unfähig, auch nur die leichteste Frage zu beantworten, sie ist offenbar so blödsinnig, dass ihr auch kein Bild ihrer Umgebung aufgeht, sie führt ein mehr vegetatives Dasein, als ein Thier. Sie kann auch nicht allein essen, sondern muss gefüttert werden.

Dabei traten fast jeden Tag oder jede Nacht epileptische Convulsionen auf, die zuweilen sogar ihr Leben bedrohten, da sich Trachealrasseln und Cyanose der Lippen und Wangen, sowie vollkommene Unfähigkeit zu gehen, zu stehen und zu schlucken einstellte. Zuweilen traten auch tobsüchtige Aufregungen ein und so verbrachte sie ihr Leben in den Abtheilungen der Schmutzigen und Tobsüchtigen, anscheinend ohne jede Aussicht auf Genesung. Es wird deshalb auch die Darreichung des Bromkalium ausgesetzt und auch bald von dem Zinkoxyd wieder Abstand genommen, da bei der sich gleich bleibenden Intensität und Häufigkeit der fast 5 Jahre dauernden epileptischen Anfälle und dem vollständigen Blödsinn an eine Heilung nicht mehr gedacht wurde.

Indessen trat im Juni 1870, nachdem sie ein Jahr in der Anstalt verbracht, doch einige Aenderung ein, aber so allmälig beginnend und so langsam fortschreitend, dass man keinen grossen Werth darauf legte.

Sie antwortete jetzt zuweilen auf die Frage: „Caroline, woher bist Du?“ „aus Hamburg“, und nachdem ihr öfters gesagt worden war, sie sei aus Melle, erwiederte sie im August auch wohl „aus Melle“, verwechselte dann aber wieder beide Orte und entgegnete manchmal: „aus Melle“, manchmal: „aus Hamburg“, worauf sie dann später ihren wirklichen Geburtsort festhielt und bei der Behauptung, sie sei aus Hamburg, hartnäckig daran festhielt, sie sei aus Melle. Nach einer solchen Hin- und Gegenrede pflegte sie dann meist einige Liederverse abzusingen, aber gewöhnlich nach falschen Rhythmen. Wie oft sang sie den Choral: „Jesus meine Zuversicht“ nach der Melodie: „Wir sitzen so fröhlich beisammen“ oder einer ähnlichen profanen Melodie!

Zuweilen auch antwortete sie auf die Fragen nach ihrer Heimath — es waren das, etwa mit Ausnahme derer nach ihrem Alter, das sie auch nicht kannte und fast immer verschieden angab, oder nach Eltern und Geschwistern, über deren Zahl sie auch gänzlich im Dunkeln war — auch nur mit dem Hersagen des Vaterunsers, dann schob sie in singendem Tone dazwischen: „aus Hamburg, aus Hamburg, aus Hamburg“, um mit dem monotonen Herleiern des Gesanges: „Lass mich, o Herr, nicht von Dir wanken“, zu enden — ein Beweis, dass sie in der Schule Gelerntes nicht vergessen hatte.

Da trat im November 1870 die erste Menstruation und im December 1870 der letzte epileptische Anfall ein, die Incontinentia urinae hörte auf und von jetzt an, mit der regelmässigen Wiederkehr der Menstruation, mit der Entwicklung des kindlichen zu einem jungfräulichen

Körper nahm ihre Intelligenz sehr allmälig aber stetig zu, so dass sie am 23. Juni 1872 nach über 3jährigem Aufenthalte in der Anstalt und nach $5\frac{1}{2}$jährigem Bestehen der Krankheit von Blödsinn und Epilepsie geheilt entlassen werden konnte.

Sie begann damit, kleine Handreichungen zu leisten, dann konnte sie zum Reinigen der Zimmer, zum Waschen und Mangeln, zum Kartoffelschälen und anderen wirthschaftlichen Arbeiten verwandt werden; aber, es war merkwürdig, sie machte vollständig die Entwickelung eines kleinen Kindes wieder durch, auch in Bezug auf die Sicherheit von Muskelactionen. Schon als ihr Gang wieder sicherer geworden war, ward es ihr doch noch schwer, complicirtere Körperstellungen auszuführen; so z. B. im Frühjahr 1871, als sie beim Zimmerreinigen verwendet wurde, kam es häufig vor, dass, wenn sie sich bückte, um in einem am Fussboden stehenden Eimer ein Tuch zu waschen, sie das Gleichgewicht verlor und über den Eimer wegschoss.

In geistiger Hinsicht hatte sie zwar die Sprache nicht vergessen und, wie schon angeführt, auch in den Zeiten des tiefsten Blödsinns viele in der Schule auswendig gelernte Lieder, theilweise mit den richtigen Melodien (ob zwar sie die letzteren nicht immer richtig traf) behalten, und als sie wieder am Unterrichte Theil nehmen konnte, zeigte sich, dass sie auch das Schreiben und Lesen nicht verlernt hatte. Dagegen war ihr die Kunst des Strickens, das sie nach Angabe der Mutter sehr wohl erlernt hatte, vollständig verloren gegangen und sie musste in den ersten rohsten Manipulationen dazu wieder unterwiesen werden. Gerade so erging es ihr mit dem Nähen; hierin ist sie aber auch jetzt keine Meisterin geworden und es ist überhaupt ihre Intelligenz geringer geblieben als bei dem Mädchen im folgenden Falle.

In den ersten Jahren ihres Aufenthalts in der Anstalt hatte sie auch ihre sie besuchende Mutter nicht wieder erkannt; erst später, nachdem ihr ein Mal gesagt worden war, das sei ihre Mutter, erkannte sie dieselbe immer wieder. Das aber hatte sie vollständig vergessen, dass ihre Mutter Kühe und Schweine halte, die Mutter erzählte es ihr, als etwas vollständig Neues und einem Berichte der letzteren zufolge hat sie auch ihren Heimathsort so wenig als ihr Wohnhaus wieder erkannt.

Ueber den im Physicatsberichte erwähnten Kopfausschlag habe ich nichts Bestimmtes erfahren können, die geheilte Kranke erinnerte sich nicht daran.

II.

Wilhelmine Schr. aus Zargleben, geb. 15. März 1858 ward am 17. Februar 1872, also im Alter von 13 Jahren aufgenommen.

Anamnese: Vater trunksüchtig, Mutter und Geschwister gesund.

Sie hat sich ihrem Alter entsprechend entwickelt, ist jedoch mager. Am Herzen findet sich ein systolisches Blasebalggeräusch, über dessen

Entstehung weitere Angaben fehlen. Die Menstruation ist noch nicht eingetreten. Kurz vor ihrer Erkrankung wechselte sie oft die Gesichtsfarbe, sah blass und angegriffen aus, mit blauen Ringen um die Augen. Geistige Befähigung ausgezeichnet.

10 Wochen vor Michaelis 1871 hörte sie, als sie die Kühe des Bauern, bei dem sie im Dienste stand, hütete, die Stimme des Bauern ihr zurufen: „komm mit den Kühen nach Haus", und war sehr verwundert, als sie von demselben erfuhr, er habe sie nicht gerufen und ihr nichts befohlen.

Einige Tage später bekam sie einen Schwindel von der Dauer einer Viertelstunde und darauf einen Tobanfall von einstündiger Dauer. Dann fiel sie oftmals bewusstlos um, jedoch ohne Zuckungen oder Krämpfe zu haben. Vier Wochen vor Michaelis stellte sich aber wirkliche Epilepsie mit Initialschrei, allgemeinen Convulsionen, Einschlagen der Daumen und Schaum vor dem Munde ein. In den Zwischenzeiten der Anfälle war das Bewusstsein noch ungetrübt, dann verlor sich, wie sie selbst angiebt, der Verstand und es brach vollständige Tobsucht aus, in welcher Gesichts-, Gehörs-, Geruchs- und Geschmackshallucinationen hauptsächlich hervortraten. Die Krämpfe sistirten. Die Tobsucht war sehr heftig. Sie drohte mit Schlägen und Todtmachen, ging ihren Eltern mit Messern zu Leibe und wollte eine jüngere Schwester einst erdrosseln. Dabei lachte sie viel, verzerrte ihr Gesicht, und liess den Urin unter sich gehen.

Bei der Aufnahme folgender Status praesens: Ihrem Alter proportional entwickeltes Kind, Schädel von gefälliger Form, ohne Abnormitäten. Gar kein tobsüchtiges Gebahren, giebt über ihre Krankheit klaren Bericht.

Am ersten Abend nach ihrer Aufnahme traten 3 Anfälle von Krämpfen bei ihr ein, die aber weder durch einen Initialschrei eingeleitet, noch durch allgemeine Convulsionen charakterisirt waren, sondern mehr in ungeordnetem und unwillkührlichem Umherwerfen der Arme und Beine bestanden. Doch schien das Bewusstsein erloschen zu sein. Sie ward darauf zu Bette gebracht und schlief die ganze Nacht durch.

Am nächsten Morgen bei der Visite fiel sie plötzlich im Lehnstuhl zurück und liess die Arme herunter hängen. Als man dieselben wieder erhob zeigte sich, dass sie wachsartig biegsam waren und in jeder Stellung, die man ihnen gab, verharrten. Nach einigen Minuten war dieser Anfall von Katalepsie vorüber und das während desselben aufgehobene Bewusstsein kehrte zurück. Seitdem traten keinerlei krampfartige Anfälle wieder ein; im März jedoch pflegte sie im Morgenschlafe zuweilen zu lachen, zu sprechen, auch einige unwillkührliche Bewegungen, die aber nichts Krampfartiges mehr hatten, zu machen. Im Mai trat die erste Menstruation ihres Lebens ein, die sich seitdem einmal wiederholte, und am letzten Juni ward sie mit dem vollkommenen Bewusstsein ihrer überstandenen Krankheit vollständig geheilt im Besitz ausgezeichneter Geisteskräfte, nachdem sie noch erhebliche Fortschritte im Lesen, Schreiben, Rechnen, Nähen u. dgl.

gemacht hatte, entlassen. Das systolische Blasen am Herzen bestand jedoch fort, auch war ein Venengeräusch in der rechten Jugularis hörbar.

Sie hatte vom 19. Februar bis 27. April, wo die Medication ausgesetzt wurde, circa 90 Gramm Bromkalium verbraucht.

Beide Fälle scheinen mir in vielfacher Hinsicht bemerkenswerth. Beide geben zunächst wieder den Beweis, dass Epilepsie heilbar ist. Beide betreffen in der Pubertätsentwickelung begriffene Mädchen. Im ersten Falle wurden die Anfälle in der Anstalt jahrelang beobachtet und waren von höchster Intensität; im zweiten sind sie durch Zeugenaussagen sicher constatirt. In beiden Fällen trat die Epilepsie nicht gleich in voller Ausbildung auf, sondern entwickelte sich nach Vorläufern: Uebelwerden, Erblassen. Im ersten Falle hörte sie als solche auf. Im zweiten Falle durchlief sie mehrere nervöse Phasen; aufsteigend: plötzliches Erblassen, Schwindel, Bewusstlosigkeit, Epilepsie; absteigend: Tobsucht, Bewusstlosigkeiten mit ungeordneten Bewegungen der Glieder, Katalepsie, Sprechen und Lachen im Schlafe. Im ersten Falle während des Fortbestehens der Epilepsie 5½ Jahre dauernder Blödsinn und Heilung von Epilepsie und Blödsinn. Im zweiten Falle mit dem Aufhören der Epilepsie Tobsucht von etwa viermonatlicher Dauer und Heilung von Epilepsie und Tobsucht, Genesung jedoch erst nach einigen zuckenden Ausläufern der Epilepsie.

Der Heilung im ersten Falle ging der Eintritt der ersten Menstruation voran, im zweiten Falle trat die Menstruation erst während oder schon am Ende der begonnenen Genesung ein.

In beiden Fällen zeigte sich keine Abnahme der Intelligenz nach der Genesung, ob zwar weniger eclatant im ersten Falle. Dieser ist noch dadurch ausgezeichnet, dass vollkommener Blödsinn 9½ Jahr lang bestand, dass diese Zeit nicht allein vollständig aus dem Geistesleben des Mädchens ausgestrichen war, sondern dass während derselben auch mancherlei körperliche und geistige Actionen vollkommen vergessen waren und erst wieder erlernt werden mussten, und dass auch die Erinnerung an frühere, vor der Erkrankung liegende Erlebnisse so gänzlich ausgelöscht war, dass das Mädchen, wie ein Kind, wieder in ein neues Leben trat.

Dr. *Wiedemeister*
in Osnabrück.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

VIII. Versammlung der schweizerischen Irrenärzte am 25. und 26. September d. J. in der Irrenanstalt Burghölzli bei Zürich.

Erster Verhandlungstag.

Anwesend waren die Herren Mitglieder: *Binswanger* in Kreuzlingen, *Birnbaumer* in Marsens (Freiburg), *Cramer* in Solothurn, *Ellinger* in Wyl, *Gudden* in Burghölzli, *Olivet* in Genf, *Schaerer* in Bern, *Schaufelbüel* in Königsfelden, *Wille* in Rheinau, *Zuppinger* in Burghölzli.

Ihr Ausbleiben entschuldigten die Herren: Prof. *Brenner* in Basel, *Chatelain* in Préfargier, *Fetscherin* in Waldau, *Henne* in Pirminsberg, *Huguenin* in Zürich, *Wachter* in Valduna (Vorarlberg).

Als Gäste beehrten die Versammlung die Herren Professoren der Universität Zürich: *Biermer*, *Frank*, *Rose* und *Wyss*.

Herr Prof. *Gudden* als Präsident eröffnete mit einigen begrüssenden herzlichen Worten um ½11 Uhr die Versammlung.

Er gedachte dann zweier im Laufe des Jahres durch unerwarteten Tod aus dem Verein geschiedener Collegen, der Herren Directoren *Borrel* in Préfargier und *Dumur* in Lausanne. Ersterer ward uns entrissen nach einer langen und segensreichen Thätigkeit in unserem Specialfach, letzterer in dem Augenblicke, als er nach gereiften Studien, denen er auf Universitäten und Reisen obgelegen, im Begriff stand, an die Spitze der nun vollendeten neuen waadtländischen Irrenanstalt bei Lausanne zu treten.

Ueber Dir. *Borrel* ist bereits ein Nekrolog aus der Feder des Herrn Dir. *Cramer* in Rosegg im Correspondenz-Blatt der schweizer Aerzte und in der Allg. Zeitschr. f. Psych. erschienen.

Herr Dir. *Zinn*, der zur Uebernahme eines neuen Wirkungskreises im August die Schweiz verlassen hat, wünscht dem Verein als wirkliches Mitglied einverleibt zu bleiben. — Da die Gewährung dieses Gesuches gegen den bisherigen Usus des Vereines wäre, wird dem Petenten als Ersatz die Ehrenmitgliedschaft votirt.

Die Abwesenheit des in der vorjährigen Versammlung auf 3 Jahre ge-

wählten Sekretärs veranlasst die Neuwahl eines Schriftführers ad hoc, mit welcher Stelle Dir. *Birnbaumer* einstimmig betraut wird.

Die Verlesung des Protokolls der letztjährigen Versammlung unterbleibt gemäss einem damals gefassten Beschlusse.

Wegen Nichtveröffentlichung desselben aber in der *Laehr*'schen Zeitschrift für Psychiatrie entspinnt sich eine längere Debatte. Aus derselben geht hervor, dass die Schuld an diesem Unterlassen nicht den Hrn. Aktuar des Vereins trifft, sondern in dem Umstande lag, dass die Redaction besagter Zeitschrift sich weigerte, das Protokoll abzudrucken, weil es bereits im ärztlichen Correspondenz-Blatt erschienen war und sie nur Originalarbeiten redigire.

Es wird beschlossen, die Veröffentlichung mit möglichster Beschleunigung zu veranlassen und als Organe hierzu für's Ausland die *Laehr*'sche Zeitschrift und für's Inland das ärztliche Correspondenz-Blatt zu verwenden und beiden Organen das Protokoll im Originale zuzusenden.

Das Präsidium verliest ferner ein Schreiben des Herrn Geheimrath *Flemming*, worin der Jubilar in herzlichster Weise für die an ihn abgeschickte Gratulations-Adresse des Vereins dankt.

Herr Dir. *Wille* hielt nun den angekündigten Vortrag „über Einführung einer gleichmässigen Statistik der schweizerischen Irrenanstalten." Nach einem geschichtlichen Exposé, aus welchem hervorgeht, dass die Einführung einer internationalen Statistik absolut als gescheitert zu betrachten sei, dass die Irrenärzte Deutschlands in fraglicher Angelegenheit noch nicht sobald zu einem Ergebniss kommen werden, dass die bezügliche Frage nun allseitig schon so erschöpfend behandelt worden, dass zu dem vorhandenen Material durchaus nichts Neues mehr geliefert werden könne, erklärt der Vortragende die Zeit für die schweizerischen Irrenärzte herangebrochen, endlich die schon im Jahre 1866 gehegte Absicht, eine auf gemeinsamen Grundlagen und nach gemeinsamen Grundsätzen aufgebaute Statistik mindestens für die schweizerischen Anstalten zur Ausführung zu bringen. Er ist der Meinung, dass eine durch die schweizerischen Irrenärzte selbständig durchgeführte Arbeit dieser Art zur Vergleichung und Erweiterung anderer sachbezüglicher Arbeiten gewiss genügende Anhaltspunkte bieten werde.

Das Material zu der Arbeit zu liefern, gebe es zwei Wege: 1. die Anlage und Ausfüllung einer Urliste und 2. der sogenannten Zählkarten.

Die Anwendung der letzteren Methode sei so einfach und biete solche Vortheile der bequemen Handhabung und raschen Ordnung des Materials gegenüber einer 15fach zu rubricirenden Urliste, dass er folgende Zählkarte der Gesellschaft zur Prüfung vorschlage:

No. des Journals. — Anstalt. — Kanton. —

1. Name.
2. Heimat.
3. Letzter Wohnort. — Gefängniss? Andere Anstalt?
4. Tag und Jahr der Geburt.

5. Familienstand. — Ledig? — Verheirathet? — Verwittwet? — Geschieden? —

6. Glaubensbekenntniss.
  a. Katholiken.
  b. Protestanten.
  c. Andere christliche Confessionen.
  d. Nichtchristen.

7. Stand oder Beruf.

8. Dauer der Krankheit.

9. Datum der Aufnahme in die Anstalt.

10. Sind bestimmte ätiologische Momente nachweisbar? Welche?
  a. Findet sich insbesondere Geistes- oder Nervenkrankheit bei Familienmitgliedern:
    α. väterlicherseits?
    β. mütterlicherseits?
    γ. bei Geschwistern ohne Krankheit der übrigen Familie?
    δ finden sich solche bei Nachkommen des Patienten?
  b. Finden sich Trunksucht, Selbstmord, psychisch auffallende Charaktere, konstitutionelle Krankheiten, Verbrechen oder Vergehen in der Familie und in welchem Grade?

11. Form der Krankheit:
  Angeborene Geistesstörung.
  Einfache -
  Paralytische -
  Epileptische -
  Andere Formen der Geistesstörung.

12. Sind Komplikationen mit anderen abnormen Zuständen vorhanden? Welche?

13. Erste und wiederholte Aufnahme. Im letzteren Fall wie vielte? War Patient genesen oder nur gebessert entlassen? Dauer des Intervalles? Ist Erblichkeit vorhanden? Ursache der Recidive? —

14. Abgang aus der Anstalt: Geheilt? Dauer der Erkrankung? Gebessert? Ungeheilt? Wohin entlassen? Gestorben? Datum des Todes? Todesursache?

Der Vortragende begründet dann die einzelnen Nummern und führt etwelche davon noch weiter aus.

Bei No. 7 z. B. findet er den Vorgang bei der eidgenössischen Zählung nachahmungswerth, wonach zu unterscheiden wären: a. Selbständige Berufsleute; b. Familienglieder ohne Beruf von selbständigen Berufsleuten; c. Angestellte und Arbeiter (im Lohne und Dienste Anderer); d. Familienglieder ohne Beruf von Arbeitern und Angestellten.

Zu No. 10 schlägt er ein specielles Schema vor nach den disponirenden und determinirenden Momenten und zwar:

A. Disponirende Momente:

1. Erblichkeit:
 a. Erblichkeit väterlicherseits,
 b. - mütterlicherseits,
 c. - beiderseits,
 d. Geisteskrankheit bei Geschwistern ohne Krankheit der übrigen Familie,
 e. Geisteskrankheit bei den Nachkommen des Patienten ohne Krankheit der übrigen Familie,
 f. Trunksucht, Selbstmord, psychisch auffallende Charaktere, Phthisis, Skrophulose, Syphilis etc., Verbrechen und Vergehen bei anderen Familiengliedern,
 g. Blutsverwandtschaft der Eltern.
2. Angeborene und frühzeitig, d. h. vor dem 6. Altersjahre erworbene psychopathische Anlage ohne Erblichkeit.
3. Im späteren Alter erworbene psychopathische Anlage:
 a. durch innere Krankheiten,
 b. durch äussere,
 c. durch die Pubertät,
 d. durch das kritische Alter,
 e. durch Trunksucht,
 f. durch Onanie und sexuelle Excesse,
 g. durch Noth und Entbehrung,
 h. durch Berufsschädlichkeiten,
 i. durch Erziehung,
 k. durch religiöse Momente.

B. Determinirende Momente:

Kopfverletzungen, Hirnkrankheiten, Erysipelas capitis, Pneumonie und Pleuritis, Phthisis, Herzkrankheiten, Unterleibskrankheiten, Typhus, konstitutionelle Syphilis, Rheumatismus articulorum, Alkoholismus, Menstruationsanomalien, Puerperium, climacterische Periode, Senium, psychische Momente und zwar a. akut und b. chronisch einwirkende.

In No. 11 soll unter „angeborene Geisteskrankheit" a. Idiotismus und b. Kretinismus verstanden sein.

Bei Rubrik 12 wäre die nähere Ausführung: Komplikation mit a. Taubstummheit, b. Blindheit, c. angeborene Difformitäten, d. vom Gehirn ausgehende Lähmungen, e. solche vom Rückenmark aus, f. Kropf u. s. w.

Zu No. 14 erläutert der Vortragende, dass nur jene als „geheilt" zu betrachten seien, bei denen die Genesung nach der Entlassung mindestens $^1/_4$ Jahr andauert.

Für administrative und wissenschaftliche ärztliche Zwecke müsse das in dieser Zählkarte gesammelte reiche Material in tabellarischer Weise ver-

werthet werden in der Art, dass der Inhalt einer Tabelle die bestimmte Antwort auf eine bestimmte Frage bilde, wobei allerdings gleichzeitig ein paar Gesichtspunkte in einer Tabelle vertreten sein dürfen.

Um allen Verhältnissen des Bestandes, der Aufnahmen und Entlassungen der Kranken zu genügen, werden 13 solcher Tabellen vorgeschlagen und würden dieselben enthalten:

I. Allgemeine Bewegung der Bevölkerung nach Formen.
II. Krankheitsformen, Heimath, Erblichkeit.
III. Alter der Erkrankten nach Formen, Civilstand und Erblichkeit.
IV. Krankheitsdauer vor der Aufnahme nach Formen und Erblichkeit.
V. Religion nach Form und Erblichkeit.
VI. Komplikationen nach Formen.
VII. Aetiologie nach Formen.
VIII. Dauer der freien Intervalle nach den Ursachen und der Erblichkeit der Recidive.
IX. Aufnahmen und Genesungen nach Zahl der Aufnahmen und Erblichkeit.
X. Behandlungsdauer der Genesenen nach Erblichkeit und Dauer der Krankheit vor der Aufnahme.
XI. Alter der Genesenen nach Formen und Erblichkeit.
XII. Todesursachen nach Formen.
XIII. Krankheitsdauer bei den Gestorbenen im Ganzen und nach den Formen.

Tabelle I. ist für den Bestand und wird damit verbunden eine allgemeine Uebersicht der Bevölkerungsbewegung innerhalb eines Jahres in der Anstalt.

Die Tabellen II.—VIII. beschäftigen sich mit den neu Eingetretenen, die übrigen mit den Ausgetretenen.

Das Präsidium dankt in seinem und der Anwesenden Namen dem Vortragenden bestens für das erschöpfend und mit grossem Fleisse ausgearbeitete Elaborat und stellt an die Versammlung die Frage, ob auf eine Diskussion desselben schon heute eingetreten werden soll. Er seinerseits wünsche Verschiebung einer nur allgemeinen Berathung auf den kommenden Tag.

Herr Dir. *Cramer* beantragt Drucklegung der Arbeit, damit jeder einzelne sich dann genau informiren könne und schlage Debatte in einer eigens hiezu einzuberufenden Versammlung im Verlaufe des Jahres oder erst in der nächstjährigen Versammlung vor.

Herr Dir. *Wille* wünscht sofortige Berathung. Die Sache sei ja nicht mehr neu. Er meine, dass durch baldige praktische Anwendung das etwa noch Fehlerhafte eher als durch blosse Diskussion zu eliminiren sei. Verbesserungen seien ja immer noch zulässig.

Das Eintreten auf den Gegenstand noch in dieser Versammlung wurde dann fast mit Einstimmigkeit beschlossen.

In einer lange und in eingehendster Weise gewalteten Berathung wurden die Nummern des Fragekartenentwurfes angenommen mit Ausnahme, dass No. 7 — Stand und Beruf — ganz weggelassen und No. 11 — Krankheitsformen — auf Antrag *Ellinger's* in folgender Weise abgeändert wurde.

Krankheitsformen

A. Angeborene: 1. Idiotismus, 2. Kretinismus.

B. Erworbene: 1. Seelenstörung ohne Komplikationen,

2. - mit Komplikation:

α) a. primäre Formen.
b. secundäre Formen.
c. periodische Formen.

β) a. epileptische Seelenstörung.
b. paralytische -
c. organische -
d. hysterische -
e. senile -

Anhang wie früher.

Es wird dann beschlossen, diese gemeinsame Statistik mit dem neuen Jahre in Wirksamkeit treten zu lassen und stellte die Versammlung an Herrn Dir. *Wille* das Ansuchen, die betreffenden Fragekarten- und Tabellen-Formulare drucken zu lassen und jedem Collegen eine Partie davon auf Rechnung zu übermitteln.

Herr Dir. *Wille* erklärte sich hierzu bereit und bringt noch den Antrag: Es soll von jedem Mitgliede ein jährlicher Beitrag geleistet werden zur Bestreitung der laufenden Auslagen — ein Antrag, der mit der Begründung, dass jeder einzelne gewiss gerne die etwa ihm zufallenden Auslagen aus eigener Kasse decken werde, nicht zum Beschluss erhoben ward.

Mittlerweile war die Zeit bereits so sehr vorgerückt, dass auf die laut Programm für den heutigen Tag bestimmten Vorträge verzichtet werden musste.

In einem mit dem Festsaal, wo die Berathungen gepflogen wurden, in Verbindung stehenden kleineren Saale wurde das Mittagsmahl eingenommen. Man restaurirte sich vollkommen und gerieth durch den Genuss des reichlichst credenzten vorzüglichen Rheinauer Weines in eine heitere festliche Stimmung. Die Gäste toastirten auf den freundlichen Wirth und umgekehrt.

Nach aufgehobener Tafel wurde unter Führung des Herrn Dir. *Gudden* die Anstalt Burghölzli durchwandert. Wer diese Anstalt kennt, wird wohl begreifen, dass bei dem einen oder anderen der Collegen der Wunsch rege ward: Ach hätte ich dieses oder jenes auch in meiner Anstalt daheim! Es schien uns in Burghölzli Alles vorhanden zu sein und Alles in vorzüglicher Güte, was eine Irrenanstalt bedarf.

Nach 5 Uhr begab sich die Gesellschaft in die Stadt Zürich, um in ungebundener Weise den Abend zu verbringen. Die grösste Zahl der Theil-

nehmer verplauderte in gemüthlicher echt collegialer Weise bei schäumendem Biere die Zeit bis gegen die Mitternachtsstunde.

Zweiter Versammlungstag.

Von den Tags zuvor anwesenden Theilnehmern fehlten die Professoren *Biermer* und *Frank*, und Herr Dir. *Wille*.

Dafür waren erschienen die Herren:

Dr. *Blum* in Rheinau, Dr. *Huguenin*, Dr. *Gut* und Regierungsrath *Müller* aus Zürich.

Herr Dr. *Huguenin* beginnt um ½11 Uhr die Reihe der heutigen Vorträge. Er spricht in einem freien, sehr geläufigen und lehrreichen Vortrage über die Kreuzung der Pyramiden.

Ihm folgt Herr Dir. *Cramer* mit der Demonstration von 3 Mikrocephalengehirnen, die der pathologisch-anatomischen Sammlung in Bern angehören und ihm von Prof. *Aeby* zur Vorzeigung gütigst überlassen wurden.

Das kleinste Gehirn (etwa 360 Cc.) gehörte der bekannten Sophie Wyss, die *Vogt* beschrieben in seinem Werke über die Mikrocephalen. Das zweite Gehirn stammt von einem erwachsenen Individuum aus der Anstalt Rosegg und wurde vom Vortragenden der Berner Sammlung geschenkt. Das dritte Gehirn wurde in Bern auf der Anatomie zufällig entdeckt; es hat etwa 900 Cc. Inhalt.

An allen diesen Gehirnen wird nachgewiesen, dass durch mangelhafte Entwickelung des Stirn- und Scheitellappens die Insel blossliegt und zwar beim ersten Gehirn liegt sie auf beiden Seiten bloss; beim zweiten nur auf der linken Seite und zwar vollständig; auch ist der Scheitellappen dieser Seite auf das Sonderbarste verbildet. Rechterseits nähert sich die Gehirnentwickelung mehr dem normalen Typus, doch ist auch hier die Insel nicht vollständig vom Klappdeckel bedeckt. Das dritte Gehirn zeigt ähnliche Verhältnisse wie das zweite rechterseits, d. h. die Insel ist hier nicht ganz bedeckt und ist auch hier ein bedeutender Defect der Windungen des Stirn- und Schläfenlappens ersichtlich.

Eine Abbildung in *Gratiolet*'s Werk zeigt ein Mikrocephalengehirn, bei welchem ebenfalls die Insel freiliegt. Vielleicht, dass auch das von *Theile* beschriebene Gehirn eines Jenenser Mikrocephalen hierher zu rechnen ist. Das in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie 26. Bd. 3. H. von *Schüle* beschriebene Gehirn zeigt gröbere pathologische Verhältnisse. Es hatte sich auf der linken Seite durch congenitalen Hydrocephalus eine Blase hervorgebuchtet, die zu mangelhafter Bildung von Stirn- und Scheitellappen Veranlassung gab und zur Blosslegung der Insel führte.

Somit sei nachgewiesen, dass bei den genannten Gehirnen eine Hemmungsbildung des Gehirnes zu Verhältnissen führte, die mit dem Gehirn der höheren Affen durchaus nichts zu thun haben; denn dort ist die Insel stets bedeckt. Dagegen müsse betont werden, dass es noch eine andere Reihe von Mikrocephalengehirnen gebe, die sich allerdings mehr dem ein-

fachen Typus der Affen nähern. Solche Gehirne seien abgebildet im Archiv für Psychiatrie I. Bd. 2. H. von *Jul. Sander*; ebenso hat *Schüle* ein solches in der psychiatrischen Gesellschaft zu Strassburg im verflossenen Sommer demonstrirt. Das seien aber auch die einzigen Gehirne dieser Art, die der Vortragende habe auffinden können. Er bittet daher, die Gehirne der Mikrocephalen sorgfältig zu sammeln, da in dieser Beziehung noch grosse Armuth in den anatomischen Museen herrsche.

Wegen der genaueren Beschreibung verweist der Vortragende auf eine demnächst erscheinende Monographie von Prof. *Aeby* in Bern. Derselbe hatte auch seiner Zeit die Güte, den Vortragenden auf die abnormen Verhältnisse in der Gegend der Insel aufmerksam zu machen.

Hierauf demonstrirte Herr Prof. *Gudden* zum Beweis des Satzes, dass die Kreuzung der Sehnerven im Chiasma keine totale, sondern eine partielle sei in der Art, dass nur die innersten Fasern der Sehnerven eine Kreuzung eingehen, die äusseren dagegen auf derselben Seite weiter laufen, eine Reihe diesbezüglicher, in *Müller*'scher Lösung gehärteter Gehirne von Fischen, Spitzmäusen u. s. w., denen er kürzere oder längere Zeit vor der Tödtung central oder peripher die Nervi optici auf der einen oder anderen Seite ganz oder nur theilweise zerstörte und durch die auf diese Weise entstandene Atrophie besagter Nerven Verhältnisse schuf, die obige Behauptung zur Evidenz beweisen. Am deutlichsten und instruktivsten zeigte sich diese Thatsache an Gehirnen solcher Thiere, bei denen die Sehnerven weit auseinander liegen, z. B. wie bei den Fischen. Die Präparate erregten mit Recht unsere Bewunderung.

Die nun leider wieder sehr vorgeschrittene Zeit gebot hier Abbruch der Verhandlungen, deren das Programm noch manche interessante besass

Nachdem daher ein Antrag Dr. *Binswanger*'s dahin gehend, es möchte ein für alle Irrenanstalten der Schweiz einheitlicher Fragebogen zur Ausfüllung an die ärztlichen Berichterstatter eingeführt werden, ohne weitere Debatte angenommen und Herr Dir. *Wille* mit der Entwerfung eines solchen Bogens betraut ward, bestimmte man als Ort der nächstjährigen Versammlung die in einigen Tagen in Betrieb tretende Irrenanstalt Königsfelden im Aargau.

Beim frugalen Mahle toastirte Herr Regierungsrath *Müller* auf die psychiatrische Wissenschaft und deren Vertreter; Herr Dir. *Schaufelbüel* brachte sein Hoch dem Lehrer unserer Wissenschaft, dem Präsidenten Prof. *Gudden*, der im Namen des Vereins auf das Wohl der kantonalen Regierung Zürichs trank und ihr den Dank der Versammlung für den Empfang und die Bewirthung in gebührender Weise aussprach.

Nach dem Mahle wurde die noch übrige Zeit zu einem Besuche des Kantonsspitales verwendet unter freundlichem Geleite der Herren Professoren *Biermer* und *Rose*, wo wir nebst einigen höchst interessanten Krankheitsfällen ein in allen Details musterhaftes Spital zu sehen bekamen. Leider

war die Zeit aber zu kurz, um Alles mit angemessener Aufmerksamkeit verfolgen zu können.

Die Trennungsstunde war gekommen.

Jeder schied mit dem Bewusstsein, manches Nützliche gesehen und gehört und Tage herzlichster Collegialität genossen zu haben.

Dr. *Birnbaumer.*

---

14. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereines zu Berlin am 15. Juni 1872.

Anwesend waren die Herren: *Edel* aus Charlottenburg, *Fraenkel* aus Dessau, *Grell* aus Fehrbellin, *Ideler* aus Berlin, *Laehr* aus Schweizerhof, *Meschede* aus Schwetz, *Schröter* aus Schweizerhof, *Weyert* aus Owinsk, *Weymann* aus Neustadt-Eberswalde.

Nachdem der Vorsitzende über die Arbeiten des vor. Jahres Bericht erstattet hatte, wurde zur Neuwahl des Vorstandes (§ 4 der Statuten) geschritten. Es wurde der frühere Vorstand wiedergewählt und die Wiederwahl vom Vorsitzenden angenommen, vom bisherigen Sekretär aber abgelehnt. Auf den Vorschlag des Letztern wird dann Dr. *Schroeter* zum Sekretär erwählt.

Darauf wird ein Begrüssungs-Telegramm an die gleichzeitig zu Bonn tagende Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz abgesendet.

Vor der Aufnahme der neuen Mitglieder wird eine Abänderung der Statuten (nach § 7) vorgenommen und folgender Zusatz zu § 2 derselben einstimmig beschlossen: „Auch ist die Aufnahme von Nichtärzten bei wissenschaftlicher Bildung unter den gleichen Bedingungen zulässig."

Herr Geh. Medicinal-Rath Dr. *Eulenberg* aus Berlin, Herr Director Dr. *Edel* aus Charlottenburg und Herr Anstaltsprediger *Weymann* aus Neustadt-Eberswalde werden, nach ihrer Meldung, einstimmig zu Mitgliedern des Vereins gewählt.

Dr. *Meschede*, Ueber die der paralytischen Geisteskrankheit zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen ist man bekanntlich noch keineswegs zu einer Uebereinstimmung der Auffassung gelangt, vielmehr gehen die Ansichten hierüber noch vielfach auseinander. Dieser Divergenz der Meinungen gegenüber, die offenbar auf einer zu unmittelbarer Identificirung einzelner mehr oder weniger constant vorgefundenen Veränderungen mit dem Wesen des Krankheitsprocesses selbst beruht, habe ich es für die erste Aufgabe auf diesem Gebiete gehalten, die am meisten constante pathologisch-anatomische Veränderung zu eruiren.

Wie Ihnen vielleicht erinnerlich ist, habe ich die Hauptresultate meiner hierauf gerichteten Untersuchungen bereits im Jahre 1865 auf der Ver-

sammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hannover in einem in der psychiatrischen Section gehaltenen Vortrage dargelegt und demnächst ausführlicher in *Virchow*'s Archiv (Bd. 34) mitgetheilt. Obwohl ich voraussetzen darf, dass Ihnen diese Arbeiten nicht unbekannt geblieben sein werden, so wollen Sie mir doch gestatten, die Hauptpunkte meiner dort dargelegten Auffassung der paralytischen Geisteskrankheit hier kurz zu resümiren, zumal ich bei einzelnen Autoren einer missverständlichen Auffassung derselben begegnet bin. Als die hauptsächlichsten Resultate meiner Untersuchungen sind nun zu bezeichnen:

1) Der Nachweis, dass die fettig-pigmentöse Degeneration der Ganglienzellen des grossen Gehirns, namentlich der Gehirnrinde, unter allen Veränderungen die am meisten constante und wegen der Dignität der betroffenen Organe auch wohl als die für die Psychose bedeutungsvollste anzusehen ist.

2) Die Würdigung des Grössendeliriums als eines Symptoms des Hyperirritationszustandes der Ganglienzellen, d. h. als eines Symptoms des schliesslich zur parenchymatösen Degeneration führenden abnormen Erregungszustandes der Ganglienzellen.

3) Der Nachweis, dass das in Frage stehende, meist als „allgemeine unvollkommene oder fortschreitende Paralyse der Irren" bezeichnete Leiden ein mehr weniger activer und inflammatorischer, wesentlich auch die Ganglienzellen betreffender Process von destructivem Charakter sei, welcher seinen entsprechenden terminalen Ausdruck auf anatomischem Gebiete in der Degeneration der Ganglienzellen, — auf functionellem Gebiete in der vollendetsten Zerrüttung der Geisteskräfte findet.

Was nun den ersten Punkt anbetrifft, so ist es jetzt wohl anerkannte Thatsache, dass von den bisher als charakteristisch für die paralytische Geisteskrankheit betrachteten Veränderungen keine einzige constant ist, dass man in einzelnen Fällen sogar den entgegengesetzten Zuständen begegnet, z B. mindestens ebenso häufig grosse, gut entwickelte und turgescirte Gehirne findet als Atrophie des Gehirns, anstatt Erweichung festere Beschaffenheit der Hirnrinde u. s. w. Dahingegen findet man in allen sonst so verschiedenen Fällen stets eine Veränderung der Ganglienzellen. Soviel mir erinnerlich, hat diese Thatsache als solche auch nur sehr vereinzelten Widerspruch, dagegen mehrfache Bestätigung erfahren; man hat sich von entgegengesetzter Seite hauptsächlich nur darauf beschränkt, die Bedeutung derselben zu bezweifeln und darauf hingewiesen, dass solche Veränderungen auch Folge höheren Alters oder anderer pathologischer Processe sein könnten. Man hat hierbei aber vergessen, dass ja bekanntlich dieselben oder ähnliche Terminal-Effecte durch ganz verschiedene Processe herbeigeführt werden können; ich will hier beispielsweise nur daran erinnern, dass wir käsige Zustände eben so gut bei Krebs als bei Tuberculose und Scrophulose vorfinden, und der käsige Zustand entarteter Drüsen an seiner

speciellen pathologischen Bedeutung nichts verliert durch den Umstand, dass ein ähnlicher käsiger Zustand auch bei Krebsentartung vorkommt. Selbst *Ludw. Meyer*, welcher vom Standpunkte seiner Meningitistheorie in einer vorläufigen Mittheilung [1]) die Fettdegeneration der Ganglienzellen bestritten hatte, hat doch im weiteren Verfolg seiner mikroskopischen Untersuchungen seinen Widerspruch gegen die Thatsache der Ganglienzellen-Degeneration aufgeben und dieselbe anerkennen müssen; wenigstens finde ich in seinen neuesten, sehr ausführlichen, und eine grössere Zahl genauer Obductions- und mikroskopischer Befunde enthaltenden Mittheilungen sehr häufig auch der Veränderungen der Ganglienzellen gedacht: namentlich ist öfters von Atrophie und von einer körnigen Beschaffenheit der Ganglienzellen die Rede. So heisst es z. B. in Bezug auf die 34. Beob. „die Ganglienzellen leicht geschrumpft, die Kerne wegen des starken Körnchengehaltes oft nicht erkennbar, die Fortsätze verschmälert“ und in Bezug auf die Beob. 35: „die Ganglienzellen . . . zeigen die verschiedensten Grade der Atrophie. Die meisten besitzen einen grobkörnigen Inhalt, der den Kern nicht erkennen lässt.“ Es kann natürlich nicht meine Absicht sein, auf die citirten Mittheilungen *L. Meyer*'s bei dieser Gelegenheit näher einzugehen, da die Zeit hierzu nicht ausreichen würde; ich habe hier lediglich die Thatsache constatiren wollen, dass auch *L. Meyer* einen grobkörnigen Zustand der Ganglienzellen gefunden hat. Ich brauche wohl kaum zu sagen, dass dieser grobkörnige Zustand identisch ist mit der von mir so bezeichneten fettig-pigmentösen Degeneration; den Nachweis für diese Identität habe ich in directer Weise durch die mikrochemische Untersuchung geliefert. Und wenn der Körnchengehalt so stark ist, dass der Kern dadurch ganz unsichtbar wird, so wird wohl auch Niemand zu behaupten wagen, das sei der normale Zustand.

Auf den zweiten Punkt übergehend, den meines Wissens zuerst von mir unternommenen Versuch, das so überaus merkwürdige Symptom des Grössendeliriums in seiner klinischen und pathologischen Bedeutung und in seiner pathogenetischen Beziehung zu würdigen, — so will ich hier meine hierauf bezüglichen Ausführungen, welche in *Virchow*'s Archiv publicirt sind, nicht wiederholen, sondern des Contrastes wegen Ihnen nur die Auffassungen und Erklärungen des Grössenwahns in's Gedächtniss zurückrufen, wie sie noch bis in die neueste Zeit hin beliebt wurden und noch in den Lehrbüchern und Abhandlungen namhafter Autoren zu finden sind. So findet sich in einem von einem als Autorität geltenden Professor herausgegebenen Lehrbuche das in Rede stehende Phänomen des Grössenwahns mit der Phrase abgefertigt: das Selbstgefühl schraube sich in die Höhe. Ein anderer, nicht minder berühmter, Autor giebt etwa folgende Deduction: In jedem Menschen sind die ehrgeizigen Ideen, die Ideen der Ehre, der Grösse,

[1]) Centralbl. f. d. medicinischen Wissenschaften 1867 No. 8 u. 9.

des Reichthums, der Macht u. s. w. vorhanden, aber gewissermaassen verborgen und schlummernd und zurückgehalten von dem natürlichen Ehr- und Schaamgefühl; wenn nun der Mensch in paralytische Geisteskrankheit verfällt und seine Geisteskräfte der Zerrüttung anheimfallen, dann verliert er auch die Besonnenheit und das Schaamgefühl, und damit sind dann die Schranken gefallen, welche den Kranken vordem davon zurückhielten, die heimlich bei ihm vorhandenen Grössenideen zu äussern. — M. H., ich darf es wohl getrost Ihrem sachverständigen Urtheile anheimgeben, welcher Auffassung Sie den Vorzug geben werden, der von mir dargelegten, der klinischen Auffassung der Delirien überhaupt sich anschliessenden — oder den eben skizzirten, theils auf Schrauben gestellten, theils ontologisch-märchenhaften Erklärungsweisen.

Was nun den dritten Punkt anbetrifft, so habe ich die fragliche Affection der Ganglienzellen als eine parenchymatös-entzündliche in dem *Virchow*'schen Sinne bezeichnen zu müssen geglaubt, weil es sich bei der in Rede stehenden Krankheit um einen andauernden und intensiven Irritationszustand der Ganglienzellen handelt, welcher mit einer parenchymatösen Veränderung derselben einhergeht. Offenbar besteht die Affection der Ganglienzellen in etwas mehr, als einer blos vorübergehenden functionellen Reizung und ebenso wenig wie dieses wird Jemand die Activität des Processes bestreiten können, wenn gleich in dem Mehr oder Weniger der Activität ja Abstufungen bestehen. Die Bedeutung, welche meningitische und andere Processe für die Entwickelung der paralytischen Geisteskrankheit haben können, ist dabei von mir gleich in meinen ersten Mittheilungen nach Gebühr gewürdigt worden. Ich habe in denselben ganz ausdrücklich darauf hingewiesen, dass wie andere, so auch meningeale Irritations- und Entzündungsprocesse den Ausgangspunkt für die parenchymatöse Degeneration der Ganglienzellen der inneren Corticalislage darstellen können [1]) und diesen Punkt auch noch später wiederholt hervorgehoben [2]). Dass also die der paralytischen Geisteskrankheit zu Grunde liegende parenchymatös-entzündliche Veränderung der Ganglienzellen immer eine primäre sei, kann ich hiernach wohl nicht behauptet haben. Trotzdem finde ich in der sonst so sorgfältigen Monographie [3]) eines verehrten Collegen meine Auffassung der paralytischen Geisteskrankheit in einer Weise citirt, welche leicht die Deutung zulässt, als ob ich die Behauptung aufgestellt habe, dass der paralytischen Geisteskrankheit stets eine primäre Erkrankung der Ganglienzellen zu Grunde liege, — was, wie gezeigt, keineswegs der Fall ist. Ich habe allerdings das Hauptgewicht auf die Veränderung der Ganglienzellen gelegt, namentlich für die Psychose der paralytischen Geistes-

[1]) *Virchow*'s Archiv Bd. 34. S. 265.

[2]) Deutsche Klinik 1868. No. 8. S. 69.

[3]) *Theod. Simon*, die Gehirnerweichung der Irren.

krankheit und die einfache Identificirung der paralytischen Geisteskrankheit mit chronischer Meningitis bestritten: die Bedeutung der Meningitis für die Entwickelung der paralytischen Geisteskrankheit und die hierauf bezüglichen klinischen Untersuchungen *L. Meyer*'s anerkennend, bin ich doch zu der Ueberzeugung gekommen, dass die chronische Meningitis für sich allein die paralytische Geistesstörung nicht constituirt, sondern nur in dem Falle, wenn die Corticalsubstanz, insbesondere die Ganglienzellen derselben in Mitleidenschaft gerathen, wenn auch die Ganglienzellen von dem irritativ-entzündlichen Process wesentlich mitbetroffen werden. Für diese meine Auffassung liefert die Beobachtung von tausenden von Fällen mehr weniger acuter oder chronischer Meningitisformen, welche ohne alle Symptome der paralytischen Geistesstörung verlaufen, den stringentesten Beweis, — wie ich dies bereits in einer vergleichenden Betrachtung von Fällen epidemischer Cerebrospinalmeningitis und paralytischer Geistesstörung genauer nachgewiesen habe [1]).

Seit den vorhin erwähnten Mittheilungen meiner Beobachtungen und Untersuchungen über paralytische Geisteskrankheit habe ich nun eine noch zahlreichere Reihe von Fällen dieser Krankheit klinisch zu beobachten und pathologisch-anatomisch zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Ich bin durch dieselben lediglich in meiner früher dargelegten Auffassung bestärkt worden, insofern einerseits die Veränderung der Ganglienzellen niemals vermisst wurde, andererseits aber die anderweitigen, nicht constanten Veränderungen, in Folge der vergrösserten Zahl der beobachteten Fälle, nur in um so grösserer Mannichfaltigkeit und Variabilität erschienen. Diese grössere Mannichfaltigkeit der wenn auch inconstanten, doch immerhin erheblichen Veränderungen hat aber auch zugleich das Bedürfniss einer Sonderung der verschiedenen Fälle in verschiedene Gruppen auch vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus in erhöhtem Grade hervortreten lassen. Es scheint mir in der That unerlässlich, wenn man zu einer Verständigung über die pathologisch-anatomische Frage gelangen will, die Einzelfälle je nach der Verschiedenheit der pathologisch-anatomischen Veränderungen in gewisse Gruppen zu sondern und — unbeschadet der sonstigen Uebereinstimmung der essentiellen Symptome —, je nach ihren Besonderheiten einer gesonderten Betrachtung zu unterziehen. Ich habe es deshalb für zweckmässig gehalten, dieses Thema in der heutigen psychiatrischen Versammlung zur Diskussion zu stellen und Ihnen einen Versuch einer solchen Gruppirung vorzulegen, von Ihrer Erfahrung Ergänzung oder Berichtigung desselben erhoffend. Wie ich hier gleich bemerken will, habe ich bei dieser Gruppirung ausschliesslich nur von mir selbst

[1]) Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica intermittens und über die durch die Cerebrospinal-Meningitis bedingten psychischen Functionsstörungen im Vergleich zu denjenigen der paralytischen Geisteskrankheit. Vierteljahrsschr. f. Psychiatrie von *Leidesdorf* und *Meynert* I. Bd. S. 1.

beobachtete Fälle zu Grunde gelegt und auch hiebei die extracranialen Veränderungen vorläufig noch nicht in Betracht gezogen.

Die erste Gruppe würde selbstverständlich diejenigen Fälle constituiren, welche nicht weiter durch meningitische und andere Affectionen der Umhüllungsmembranen resp. der Gehirnsubstanz selbst complicirt sind. Diese Form würde als einfache parenchymatös entzündliche Degeneration der Hirnrinde resp. als Periencephalitis parenchymatosa diffusa zu bezeichnen sein. In ihrer reinsten Form ist sie nicht gerade häufig, da es selten trifft, dass während der ganzen Dauer des congestiv-entzündlichen Processes sämmtliche mit dem grossen Gehirn in Continuitäts- oder Contiguitätsverhältnisse sich befindende Organe und Gewebe ganz intact bleiben. Indess habe ich doch einzelne solcher Fälle constatiren können und bin überzeugt, dass sie auch anderswo beobachtet worden sind. Freilich darf man bei Beurtheilung des Zustandes der Meningen nicht allzu pedantisch verfahren, man muss sich hüten, von jeder geringen Trübung, die sich hier oder da an den Meningen vorfindet, der Theorie zu Liebe, sogleich auf eine reguläre Meningitis zu schliessen; ich meine, solchen leichten Trübungen und localisirten Granulationen, wie wir sie fast als normalen und regulären Sectionsbefund so überaus häufig finden bei Leuten, die während des Lebens weder jemals Geistesstörung noch meningitische Symptome dargeboten haben, darf keine grosse Bedeutung beigelegt werden. Dass Leute mit geringen Trübungen der Pleura pulmonalis oder costalis, ja selbst mit einigen pleuritischen Pseudoligamenten oft sonst sehr gute Lungen haben und ohne erhebliche Störungen der Athmungsfunctionen leben und alt werden können, ist eine bekannte Erfahrung; in gleicher Weise können Trübungen der Meningen bestehen, während das Gehirn selbst vollständig intact und in seiner Function durchaus unbehindert ist, da ja der Umstand, ob die weichen Häute an einer Stelle etwas getrübt sind oder nicht, an und für sich für die psychischen Functionen völlig irrelevant ist, sofern nur die Hirnelemente selbst intact oder doch functionsfähig geblieben sind. Dasselbe, was hier von den Trübungen der weichen Häute gesagt ist, gilt auch von der feinen rostfarbenen Pigmentirung, die man so häufig an der Innenfläche der Dura mater bei paralytischer Geisteskrankheit findet, einer Veränderung, welche für die Auffassung der paralytischen Geisteskrankheit zwar eine gewisse semiotische Bedeutung hat, insofern sie auf die während des Lebens stattgehabten Cerebralcongestionen hinweiset, welche aber doch an und für sich, wie leicht einzusehen ist, von keiner eingreifenden Bedeutung für die Hirnfunctionen sein kann.

2. Etwas anders gestaltet sich die Sachlage, wenn die pachymeningitische Affection einen höheren Grad der Entwickelung erreicht, wenn es zur Bildung wirklicher, oft mehrschichtiger Pseudomembranen kommt, wenn also eine ausgeprägte Pachymeningitis als wesentliche Complication besteht und eine gesonderte Inbetrachtnahme dieser Fälle rechtfertigt. Fälle dieser

Art, welche demnach die zweite Gruppe, die einfach pachymeningitischen Formen darstellen würden, sind nach meinen Erfahrungen gar nicht so selten, eine Erfahrung, die auch mit derjenigen anderer Beobachter überein zu stimmen scheint, da einzelne Beobachter, wenn ich mich recht erinnere, geradezu einen Theil der paralytischen Geistesstörung als lediglich auf Pachymeningitis beruhend bezeichnet haben. Von dieser Identificirung mit Pachymeningitis gilt übrigens dasselbe, was ich bereits in Bezug auf die Identificirung mit Meningitis überhaupt gesagt habe. So lange blos die Hülle afficirt ist, der Kern aber intact bleibt, so lange fehlt das Bild der paralytischen Geisteskrankheit. Ich selbst habe ein ausgezeichnetes Beispiel einer durch eine Pseudomembran charakterisirten Pachymeningitis bei einem Patienten des Schwetzer Landkrankenhauses beobachtet, welcher während des Lebens auch nicht die geringsten Symptome der paralytischen Geisteskrankheit, überhaupt keine Symptome von Geistesstörung dargeboten hatte.

Vom klinischen Standpunkte aus möge mir die Bemerkung anzuknüpfen gestattet sein, dass mir aufgefallen ist, wie gerade bei dieser Form paralytischer Geistesstörung das melancholische Stadium mit besonderem Accente, in besonderer In- und Extensität hervorzutreten pflegte; dass gerade bei dieser Form die excessiv-melancholischen und melancholisch-irritativen Affecte besonders prägnant in die Erscheinung traten: eine dauernde grimmige Stimmung, excessives Gefühl der Verworfenheit, der Unrettbarkeit, Vorwalten von Mord- und Blutscenen auf dem Gebiete des Vorstellens u. dgl.

An diese Gruppe schliesst sich als dritte zunächst eine Reihe von Fällen an, welche ihrer Entwickelungsgeschichte nach den pachymeningitischen Formen sehr nahe stehen und auch mit pachymeningitischen Pseudomembranen complicirt sind, welche aber durch die mit der pachymeningitischen Affection sich bildenden Haematome ein besonderes Gepräge erhalten. Im Allgemeinen kommen Fälle dieser Art selten vor; doch habe ich selbst etwa 4 oder 5 Fälle beobachtet. Klinisch macht sich diese Complikation theils durch Drucksymptome, durch einen bedeutenden Grad von Demenz, durch eine rapidere und tiefere Geisteszerrüttung geltend, sowie durch ein stärkeres Hervortreten aggressiver Triebe niederer Art und brutale Zerstörungssucht. Es scheint, dass durch die Hämatome, welche meist ihren Sitz auf der convexen Oberfläche des grossen Gehirns haben, die den intellectuellen Functionen dienenden Grosshirnbezirke früher als sonst dem degenerativen Processe und der Atrophie verfallen und dass dem entsprechend einerseits eine schnellere Nullificirung der intellectuellen Fähigkeiten und Functionen eintritt, andererseits unter Fortdauer des Reizzustandes mehr die niederen Triebe zur Geltung kommen: anstatt eines phantasiereichen Grössenwahns bieten solche Fälle daher meist nur ein triviales Grössendelirium, dagegen im Allgemeinen grössere Aufregung überhaupt so zu sagen einen mehr bestialen Typus. Ist die Cerebralreizung mässig, so können allerdings auch die Aufregungssymptome weniger her-

vortreten und die Symptome tiefer geistiger Verödung überwiegen. Es wechseln auch für diese Formen die Symptome je nach den verschiedenen Stadien.

In die vierte Gruppe würden sodann diejenigen Fälle zu subsumiren sein, in welchen Apoplexien in die Hirnsubstanz stattgefunden haben. Man würde diese Formen als apoplektisch-paralytische Geisteskrankheit bezeichnen können, oder besser, um jedes Missverständniss auszuschliessen, als paralytische Geistesstörung complicirt mit apoplektischen Herden. Es wird diese Complication in den Lehrbüchern als eine äusserst seltene bezeichnet; indess habe ich sie doch häufiger beobachtet, als ich hiernach erwartet hatte; ich vermag zwar augenblicklich die Zahl solcher von mir beobachteten Fälle aus dem Gedächtniss nicht genau anzugeben; indess sind mir einzelne specielle Fälle in deutlicher Erinnerung. Diese Fälle zeichneten sich durch hemiplegische Symptome aus, ferner durch einen weniger stürmischen Verlauf; in dem einen bestand als prägnantestes Symptom ein enormer Schwund des gesammten Gedächtniss-Inhaltes. Begreiflicher Weise können sich die Specialsymptome dieser Complicationen wieder sehr verschieden gestalten je nach dem Sitze der Ausdehnung der Apoplexie und den übrigen pathogenetischen Momenten.

Viel zahlreicher als diese, doch immerhin seltenen, apoplektischen Formen sind fünftens diejenigen Fälle, in welchen mehr oder weniger erhebliche leptomeningitische Processe bestehen. Dieselben bieten wieder mannichfache Verschiedenheiten dar, sowohl in Bezug auf den Verlauf, als auch in Bezug auf die Art der Entzündungsproducte und in Bezug auf die Aetiologie. Der Verlauf kann nämlich acut, subacut oder chronisch remittirend sein; dem entsprechend werden sich auch die Krankheitsbilder verschieden gestalten müssen: wir begegnen Formen paralytischer Geisteskrankheit mit unverkennbaren Symptomen acuter Meningitis, deutlichem Fieber, mit einem sehr stürmischen Delirium, einem Delirium acutum, in welchem die vorhandenen Grössen-Ideen auf ein tieferes Mitergriffensein der Ganglienzellen hindeuten. Dieses Delirium ist gleichsam ein gemischtes, indem es einerseits die Charaktere des meningitischen andererseits diejenigen des Grössendeliriums enthält. Fälle dieser Art haben meist einen rapiden Verlauf und endigen meist lethal; doch ist die Prognose gerade bei dieser Form nicht so absolut schlecht, als man gewöhnlich voraussetzt. In den subacuten und chronisch-remittirenden Formen finden wir den Grössenwahn als solchen deutlicher und reiner ausgeprägt, wenngleich nicht ohne Beimischung von sehr variablen Sinnesdelirien. In Bezug auf die Natur der Entzündungsproducte würde man zu unterscheiden haben die mehr adhäsive, meist local beschränkte Meningitis; ferner die hauptsächlich durch seröse Ex- und Transsudate charakterisirten hydrocephalischen Formen; sodann die mit knotigen, streifigen und plattenförmigen Verdickungen der weichen Häute einhergehenden, endlich auch die eitrigen Formen. Von der letzteren habe ich zwar selbst kein

Beispiel gesehen; doch sehe ich gar keinen Grund an dem Vorkommen derselben zu zweifeln. Uebrigens kommen die eben genannten Meningeal-Veränderungen in concreto keineswegs gesondert vor, sondern meist zusammen, also gleichzeitig Verdickungen, Oedem, Adhärenzen etc. Therapeutisch wichtiger als die ebengenannten Modificationen dürften demnach die ätiologischen Verschiedenheiten sein. Von diesem Standpunkte aus würde man also den Einfluss konstitutioneller Syphilis, der Tuberculose, der Insolation, des Rheumatismus, des Alkoholismus, traumatischer Reizungen u. s. w. in Betracht ziehen müssen. Gerade diese pathogenetische Seite der Frage scheint noch wenig aufgeklärt.

Eine sechste Gruppe stellen diejenigen Formen dar, in welchen wirkliche Hirn-Erweichung eine Rolle spielt, d. h. Hirn-Erweichung im alten, makroskopischen Sinne des Wortes —, in welchem also mehr oder weniger circumscripte Erweichungsherde bestehen, sei es in der grauen, sei es in der weissen Substanz.

In den Fällen dieser Art, die ich selbst beobachtete, betraf die Erweichung vorzugsweise die Medullarsubstanz. Für diese Fälle scheint mir das Symptom der sogenannten Aphasie oder wie ich dasselbe lieber bezeichnen möchte der Dysphasie einigermaassen charakteristisch. Wenigstens habe ich in allen denjenigen Fällen, in welchen die Erweichung in einer einigermaassen erheblichen Ausdehnung bestand, das erwähnte Symptom beobachtet. Meines Erachtens ist das Auftreten dieses Symptoms bei dem geschilderten Zustande auch sehr begreiflich, da durch die Erweichung die Leitungsbahnen zwischen der Hirnrinde und den intermediären Centren resp. den der Sprache dienenden Theilen des Central-Nervensystems betroffen werden.

Eine andere, also die siebente Gruppe würde man bilden können aus den Fällen, welche mit Neubildungen in der Gehirnsubstanz oder an der Oberfläche des Gehirns complicirt sind und dadurch ein besonderes Gepräge erhalten: also Fälle, in denen Sarkome, Carcinome, Osteome und dergleichen Geschwülste bestehen. Je nach der Natur, der Ausdehnung und dem Sitze dieser Neubildungen werden sich auch die durch dieselben bedingten Symptome sehr verschiedenartig gestalten und es lässt sich daher im Allgemeinen nur sagen, dass in den Fällen dieser Art das Krankheitsbild der paralytischen Geisteskrankheit kein reines ist, vielmehr theils durch Drucksymptome von allgemeinerer oder localer Bedeutung, theils durch locale Cephalalgie, Symptome von Schwindel, Störungen der Sinnesfunctionen complicirt resp. modificirt ist.

Eine fernere Gruppe, die achte, würden diejenigen sehr seltenen Fälle paralytischer Geisteskrankheit bilden, in welchen die Gefässe der Hirnrinde (und auch anderer Hirnbezirke) in weitester Ausdehnung und in enormer Zahl krankhafte Erweiterungen darbieten: Fälle, in welchen multiple Aneurysmen der kleinsten Arterien, sowie unzählbare ampulläre und schlauchförmige Ektasien der kleinsten Venen und Capillaren der

Hirnrinde vorhanden sind. Ich selbst habe einen sehr ausgeprägten Fall dieser Art beobachtet bei einem Patienten im höheren Lebensalter: Als bei der Section die weichen Häute von der Hirnoberfläche entfernt waren, erschien die letztere in ihrer ganzen Ausdehnung wie punktirt; dieselbe Punktirung zeigte der Durchschnitt; das Mikroskop lehrte, dass allen diesen Punkten Gefässektasien entsprachen; die Menge derselben musste nach Tausenden geschätzt werden. Wie ich mich übrigens erinnere, hat *Ludw. Meyer* einen ähnlichen Fall auf der Naturforscher-Versammlung zu Hannover erwähnt und wie ich glaube neuerdings ausführlicher beschrieben.

Endlich giebt es Formen, in denen der passive Charakter überwiegt, in denen es sich der Hauptsache nach um atrophische Processe zu handeln scheint, wenngleich entzündliche Vorgänge dabei nicht fehlen. Es sind das meist Formen, welche den Uebergang zu den senilen Blödsinnsformen bilden; man kann auch sagen, es sind Fälle senilen Blödsinns, welche durch das Hinzutreten von congestiver Cerebral-Irritation das Gepräge der paralytischen Geisteskrankheit annehmen. Manche solcher Fälle erscheinen lediglich als Steigerungen des bereits von *Lobstein* treffend beschriebenen Morbus climactericus. Klinisch zeichnen sich diese Formen dadurch aus, dass bei ihnen die activen Symptome nicht die excessive Intensität erreichen, dass der Charakter seniler Schwäche und Unruhe überwiegt. Auch anatomisch ist für diese Formen das Vorherrschen der Atrophie charakteristisch: die Ganglienzellen zeigen einen relativ geringeren Fettgehalt, erscheinen mehr verkümmert, theils durchsichtiger, theils atrophisch. Diese senil-atrophischen Formen würden also die neunte Gruppe bilden.

In Bezug auf eine andere pathologisch-anatomische Veränderung, die ich als Complication in der paralytischen Geisteskrankheit in einzelnen Fällen beobachtet habe, bin ich noch zweifelhaft, ob es gerechtfertigt wäre, auf Grund derselben eine besondere, also eine zehnte Gruppe zu bilden: ich meine die graue Degeneration der subcorticalen Markschichten, von welcher ich bereits vor längerer Zeit eine vorläufige Mittheilung [1]) gemacht habe. Es ist mir nämlich noch zweifelhaft, ob diese graue Degeneration in einzelnen Fällen paralytischer Geisteskrankheit von primärer und idiopathischer Bedeutung ist, ob sie, so zu sagen, eine selbständige oder vielmehr lediglich eine Veränderung von secundärer Bedeutung darstellt. Da ich selbst nur wenige Fälle dieser Art zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, Beobachtungen solcher Fälle Seitens anderer Autoren mir gleichfalls nicht weiter bekannt geworden sind, so möchte ich zur Zeit mein Urtheil über diese Frage noch suspendiren und daher diese Gruppe nur als eine provisorische aufgestellt haben.

---

[1]) Graue Degeneration der subcorticalen Markschichten des grossen Gehirns bei paralytischer Geisteskrankheit. Vorläufige Mittheilung in dem Centralbl. f. d. medicin. Wissenschaften 1868 No. 7.

Dies wären also die Hauptgruppen der paralytischen Geisteskrankheit, zu deren Aufstellung ich unter Zugrundelegung meiner eigenen Beobachtungen und bei ausschliesslicher Berücksichtigung der intracranialen Veränderungen gelangt bin, die ich deshalb auch noch für keineswegs definitiv abgeschlossen betrachtet wissen möchte. Auch bin ich mir sehr wohl bewusst, dass in concreto mancherlei Misch- und Uebergangsformen vorkommen und dass sich zur Zeit nicht für alle der genannten Gruppen das entsprechende klinische Bild feststellen lässt. Nichts desto weniger dürfte es seinen Nutzen haben, über die verschiedenen pathologisch-anatomischen Zustände, die in der Geschichte der paralytischen Geisteskrankheit eine Rolle spielen, eine vergleichende Uebersicht zu gewinnen; denn erst dann, wenn wir die Bedeutung der einzelnen pathologischen Zustände, die uns zur Aufstellung der besonderen Gruppen gedient haben, in ihrer Eigenthümlichkeit gewürdigt und erkannt haben, werden wir auch die complicirteren Uebergangsformen richtiger zu deuten im Stande sein. Dagegen kann es die Verständigung nur erschweren, wenn man zur generellen Bezeichnung der paralytischen Geisteskrankheit, — eines in seinem Wesen und Grundlagen bestimmt genug charakterisirten, in Folge verschiedenartiger Complicationen aber anatomisch und klinisch in sehr verschiedener Weise sich gestaltenden Processes — pathologisch-anatomische Begriffe wählt, welche von Veränderungen hergenommen sind, die nur der einen oder anderen Gruppe der mannichfachen Formen der paralytischen Geisteskrankheit angehören. Wenn wir von diesem Gesichtspunkte aus einen Rückblick auf die vorhin aufgestellten Gruppen werfen, so finden wir in der That fast alle die von verschiedenen Autoren der paralytischen Geisteskrankheit als generelle Bezeichnung beigelegten Bezeichnungen in unseren einzelnen Gruppenbenennungen wieder, so die Periencephalitis chronica diffusa (*Calmeil*), die Pachymeningitis (*Duchek*), die Meningitis (*Meyer*) resp. Arachnitis (*Bayle*), die Hirn-Erweichung (*Parchappe*, *Simon*), die Hirn-Atrophie der Erwachsenen (*Erlenmeyer*) u. s. w. — Alle diese von den vorgefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen hergenommenen Termini haben ihre Berechtigung für die einzelnen, vom anatomischen Gesichtspunkte aus aufgestellten Gruppen, keineswegs aber als generelle Bezeichnungen der paralytischen Geisteskrankheit überhaupt.

Dr. *Ideler* bemerkt, dass *Meschede* bei der pachymeningit. Form melanch. Zustände angenommen habe; wären diese vielleicht das hypochondrische Vorstadium der paralyt. Form?

Dr. *Meschede* giebt die Möglichkeit der Frage zu, aber es wäre dabei noch ein anderes Moment von Bedeutung: Störungen im Unterleib und in den Brustorganen. Also das hypochondr. Delirium häufig bedingt durch Störungen ausserhalb des Gehirns (Schlangen und Würmer im Leibe bei Ruhr) durch Reflex (derselbe Kr. sah vor der Ruhr Ströme von Blut).

Fränkel frägt, ob gerade da, wo Wechsel zwischen heiterem und me-

lanch. Wahn, der pachymeningit. Prozess? *Meschede* bejahet. Es liege im ganzen Wesen des Prozesses, dass nach der grossen Exaltation die allgemeine Depression folge. So aber bei der regulären paralyt. Geisteskrankheit, nicht bei allen Fällen, besonders nicht bei der allg. acut. meningit. Form. Gerade aber die Intensität des melanch. Stadium hebe er hervor.

Weyert frägt nach dem längsten Verlauf? Einen Fall kenne er, wo beim Wechsel der Erscheinungen 10 Jahre vergangen seien in paralytischer Lähmung, wo Tag für Tag Grössenideen bestanden.

Der längste Fall, den *Meschede* sah, lebt noch, wenigstens 15 Jahre krank. Er ist aber keiner von den regulären Fällen. Er ist in der Zwischenzeit einfach blödsinnig und nach 2, 3 Jahren kommt immer wieder neuer paralytischer Anfall mit folgenden Grössendelirien.

Laehr erinnert noch an die Anführungen von *Flemming* in Bezug auf mögliche Irrungen bei Begutachtungen für Pensionirungen.

Dr. *Ideler*, Mittheilungen über Psychosen bei Militär-Personen.

Die beiden ersten Fälle wurden während des Feldzuges 1870—71, die übrigen nach demselben in der städtischen Irrenverpflegungsanstalt beobachtet.

v. W., Capitain, 37 Jahre alt, aus einer Familie stammend, in welcher Fälle von Geistesstörung nicht beobachtet sind, geistig sehr begabt, geschlechtlichen Genüssen ergeben und gelegentlich in Bacho derartig excedirend, dass er sich einen Anfall von Delirium trem. zuzog, wurde in der Schlacht von St. Privat durch ein Projectil, welches ihm den Kolben seines Revolvers mit grosser Vehemenz in die linke hypochondrische Gegend trieb, verwundet. Es zeigte sich eine umfangreiche Sugillation der Weichtheile mit starker Schwellung, die bald einen Grad erreichte, dass Pat. vor grossen Schmerzen nicht gehen konnte. Nach 8 Tagen trat bei ihm ein febriler Zustand auf, der mit gastrischen Erscheinungen einherging und seine Aufnahme in ein Lazareth nöthig machte. Nach 14tägiger Behandlung kehrte er zum Regiment zurück, debauchirte aber bald derartig in Wein und Cognac, dass er sich einen zweiten Anfall von Del. trem. zuzog und einem Feld-Lazareth übergeben werden musste. Nach mehrwöchentlicher Behandlung, die namentlich gegen anhaltende Schlaflosigkeit gerichtet war, kehrte er zur Truppe zurück, die den Vorposten-Dienst vor Paris versah. Bald zeigte sich nun bei ihm ein Zustand lebhafter Unruhe und Aufregung er befürchtete beständig Ausfälle aus Paris, hörte bei absoluter Stille Geschütz- und Gewehrfeuer, schickte seine Leute vor das Dorf, um zu sehen, ob Paris nicht brenne, lief während der Nächte, von Unruhe gepeinigt, Meilen weit umher und zeigte, obschon sonst sehr gesellig, ein scheues Wesen und suchte die Einsamkeit. Nach der Capitulation von Paris besserte sich dieser Zustand; Pat. mied anfangs ängstlich alle alkoholischen Genüsse, um sich später denselben rücksichtslos wieder zu überlassen. Am Tage des Einzugs der Truppen in Berlin verliess er des Nachts seine in

der Kaserne belegene Wohnung, befahl der Wache in's Gewehr zu treten, weil Mörder auf ihn lauerten und war so aufgeregt, dass er einer Privat-Irrenanstalt übergeben werden sollte. Die schnell eingetretene Beruhigung liess diesen Plan nicht zur Ausführung kommen; Pat. nahm einen mehrwöchentlichen Urlaub und kehrte von einer grösseren Reise gesund zurück; wenigstens versieht er seine dienstlichen Obliegenheiten gegenwärtig mit bestem Erfolge.

T., 47 Jahre alt, Militär-Arzt, ein ängstlicher, übertrieben gewissenhafter, scrophulöser, frühzeitig gealterter Mann, hat schon vor Jahren einen kurzen maniakalischen Anfall gehabt, wie aus der Mittheilung eines ihm befreundeten Collegen hervorgeht, der ihn während desselben behandelt hat. In den Gefechten und Schlachten, die sein Regiment zu bestehen hatte, zeigte er sich besonders thätig und war er namentlich bei einer Expedition gegen Franctireurs in der Umgegend von Beauvais im October 1870 nicht unbedeutenden Gefahren und Strapatzen ausgesetzt gewesen. Gesellige Missstände, die zwischen ihm und zwei Officieren, mit denen er in einem Quartier lag, ausbrachen, so wie das Vorpostenleben vor Paris, welches für sein ohnehin ängstliches Gemüth zu viel der aufregenden Momente darbot, führten im Januar 1871 eine neue psychische Erkrankung herbei, die unter ziemlich stürmischen Erscheinungen auftrat. Er gerieth, nachdem er längere Zeit vorher die Nächte schlaflos zugebracht hatte, in grosse Aufregung, klagte sich schwerer Vergehen an, äusserte, dass wegen Diebstahls und ehrenrühriger Handlungen, die er begangen, eine gerichtliche Untersuchung gegen ihn im Gange sei und musste bei wachsender Aufregung einem Feld-Lazareth übergeben werden. Auf dem Wege dahin sah er auf dem Felde Leute, die ihn ergreifen sollten, behauptete, dass ein Arzt des Regiments, der ihn begleitete, durch Geberden denselben Zeichen zukommen lasse, jammerte laut, dass er hingerichtet werden solle und bat seine Begleiter für seine unglückliche Familie zu sorgen. Im Lazareth dauerte die Aufregung nur einige Tage an, worauf Pat. schnell zur Beruhigung zurückkehrte und nach einigen Wochen nach Deutschland evakuirt wurde. Gegenwärtig ist derselbe wieder im Dienst bei seinem Regiment.

J., Bildhauer, 35 Jahre alt. In der Familie desselben ist erbliche Anlage zu Geistesstörungen nicht nachweisbar. Er hat den Feldzug von 1866 ohne nachtheilige Folgen mitgemacht und war bis zum 21. Juli 1870, dem Tage seiner Einberufung zu den Fahnen, gesund. Während der Belagerung von Metz erkrankte er psychisch angeblich in Folge grosser Strapatzen und wurde darauf nach Deutschland evakuirt. Ermittelungen zufolge zeigte er von vorn herein Symptome psychischer Schwäche; bald traten paralytische Erscheinungen auf, die schon bei seinem Eintritt in die Anstalt (26. Aug. a pr.) eine merkliche Höhe erreicht hatten. Zur Zeit bietet er einen gänzlichen Verfall seiner intellectuellen Kräfte dar; die Sprachstörung ist hochgradig, die Locomotion stark behindert. — Bis zum

Eintritt in die städtische Irrenpflegeanstalt war Pat. in der Irrenabtheilung der Charité behandelt worden.

P., Feuerwehrmann, 34 Jahre alt, ist hereditär zu Geistesstörungen nicht disponirt. Vor Ausbruch des Krieges war er angeblich geistig gesund. Im Juli 1870 mobil gemacht, rückte er mit seinem Regiment nach Oldenburg. Beim Einrücken in die Stadt fühlte er plötzlich einen heftigen Schmerz im Genick, der ihm das Weitergehen unmöglich machte. Er wurde darauf wegen „aus dem Tritt Kommens" in Arrest gesteckt, bald aber dem Lazareth überwiesen. Hier hat er der Beschreibung nach einen Anfall von Hirn-Hyperämie überstanden, wurde „geheilt" entlassen und der Truppe nachgesandt. Vor Metz erkrankte er von Neuem unter deutlichen Erscheinungen psychischer Störung und wurde nach längerem Aufenthalt in anderen Hospitälern nach Berlin zurückdirigirt. Er zeigte ein schwachsinniges Wesen, war in der Anstalt unmotivirt heiter, verrieth ein erhöhtes Wohlgefühl, zeigte keine Einsicht in seine Lage und Verhältnisse; im Uebrigen ruhig und harmlosen Wesens wurde er vor einigen Wochen zu seiner Frau entlassen.

Z., Unterofficier, 28 Jahre alt, wurde nach der Schlacht bei Beaumont als geisteskrank einem Feld-Lazareth überwiesen, später in das hiesige Garnison-Lazareth, dann in die Charité und schliesslich in die städtische Irrenpflegeanstalt transferirt. Er äusserte Verfolgungsideen, war sehr intensiven Sinnestäuschungen unterworfen und zeigte in seinem ganzen Gebahren offenkundige Symptome von Schwachsinn. Als nicht ortsbehörig hierselbst wurde er vor zwei Monaten der zuständigen Heimathsbehörde überwiesen.

T., Kanonier der Garde-Artillerie, 24 Jahre alt, hat den Feldzug bis zu Ende mitgemacht, obgleich sich schon während der Belagerung von Paris Erscheinungen von Geistesstörung bei ihm zeigten. Im Batterie-Feuer ist derselbe vor Paris nicht gewesen, dagegen war er allen Beschwerden, welche der Dienst in den Vorposten-Dörfern mit sich brachte, unterworfen. Er äusserte schon damals, dass seine Kameraden etwas wider ihn hätten, dass sie ihm etwas unter die Speisen gethan hätten, um ihn krank zu machen, dass man ihm Draht unter den Schnaps gethan und ihm einen Riechstoff unter die Nase gehalten habe, wonach ihm die Besinnung geschwunden sei. Nach dem Einrücken in Berlin nahmen seine Wahnideen in einem Grade zu, dass er der Charité und später der städtischen Anstalt zugeführt wurde. T. ist hiesiger Beobachtung zufolge ein offenbar von Hause aus schwachsinniger Mensch, der mannigfachen Sinnestäuschungen unterworfen ist und dessen Wahnvorstellungen vorwiegend einen hypochondrischen Charakter an sich tragen.

Weyert bemerkt, dass es wichtig sei Zählungen darüber zu veranstalten, wie viele Psychosen der Krieg gebracht habe. Ihm seien 6 Kranke zugeführt worden, aber Keiner sei geheilt. Sie kennzeichneten sich sofort

als Schwächezustände. Bei Evacuirung der Lazarethe im Felde müsse in Zukunft auch ein Irrenarzt (wie man einen Zahnarzt schon wünsche), thätig sein. Es dürfe wohl auch zeitgemäss sein zu beantragen, dass alle Anstalten die Fälle sammelten, wo ätiologische Momente durch Affären im Kriege vorlägen.

Meschede erwähnte noch 2 Fälle, einen von 1866 her, der geheilt wurde und einen von 1870, der von Wörth her an Melancholie erkrankte, der früher keine Zeichen von Schwäche und auch später keine solchen darbot. Er ging in Genesung über, vielleicht dadurch, dass er frühzeitig in eine Heilanstalt eintrat.

Fränkel erwähnt eines Falles bei einem franz. Gefangenen, der als Aufseher fungirte und deshalb von seinen Leuten gehöhnt wurde. Er verfiel in Wahnsinn (hörte sich Traupman rufen, machte Selbstmordversuch). Der Kranke besserte sich und ging nach Hause. Deshalb wären auch die Gefangenen in der oben angeregten Weise mit zu durchforschen.

Laehr hebt hervor, dass es wichtig sei, für die Prognose zu ermitteln, welche Leute schon geisteskrank in's Heer eintraten und welche durch den Dienst (Inanition etc.) es geworden sind.

Dr. *Laehr*, Einige Beziehungen der Pädagogik zur Psychiatrie.

Es ist wohl keinem Zweifel unterworfen, dass alle psychischen Momente, welche auf eine Erschöpfung des Cerebrallebens hinwirken, sei es von Seiten der Intelligenz oder des Gemüthes aus, am zerstörendsten unter Mitwirkung beider, zur Entstehung von Psychosen beitragen. Geschieht dies schon auf directem Wege, so dass der Irritationszustand des Gehirns sich in die Psychopathie fortsetzt, so kommt noch häufiger bei dem grossen Einflusse der Nerven-Centren auf die nutritiven Vorgänge des Organismus die Erkrankung anderer Organe zuerst zu Stande, deren pathologische Veränderungen rückwirkend die Ernährung des Gehirns beeinträchtigen, oft erst nach Jahren. Am schwersten wiegen diese Einflüsse zu der Zeit, in welcher der Körper im Allgemeinen und das Gehirn insbesondere dem Wachsthum unterworfen ist, also in der Jugendzeit. In dieser Periode, wo Aeltern und Lehrer die Entwickelung überwachen und durch psychische und physische Gymnastik zur möglichsten Kraftäusserung befähigt machen sollen, bleiben um so weniger Fehler aus, je mehr die menschliche Hand in die Entwickelung fördernd eingreifen will. Kräftiger organisirte Gehirne überwinden in der Regel auch solche Fehlgriffe, schwächere widerstehen weniger, aber je nach der Summe und Schwere der Einwirkungen werden auch jene geschwächt. Man kann sich daher nicht wundern, wenn der Keim zu einer späteren psychischen Erkrankung in dieser Zeit gelegt wird und man muss sich mehr wundern, dass dies nicht noch öfterer geschieht. Wird in den niederen Schichten der menschlichen Gesellschaft in der ersten Lebenszeit durch unzweckmässige substantielle Zufuhr manches Leben vegetativ durch Verfütterung und schlechte Luft zerstört, während die psy-

chische Entwicklung mehr den zufälligen Einflüssen unterworfen bleibt und die Volksschule ein bestimmtes Pensum des Wissens auf bestimmte Jahre vertheilt, so überwiegen in den gebildeteren Kreisen mehr die Gefahren, welche durch unzweckmässige geistige Ernährung sowohl der Qualität als der Quantität nach drohen.

Zu dem Zwecke, den durch die Erziehung resp. Unterricht direct und indirect hervorgerufenen Schäden entgegenzutreten, haben sich dem Geiste der Gegenwart entsprechend hier und da „medic.-pädagogische Vereine" constituirt und mit Eifer haben sich die Streiter zweier scheinbar ferner liegenden Disciplinen vereinigt. Eine psychiatrische Vertretung in ihnen würde ihre Bedeutung nicht wenig erhöhen und ein tieferes Eingehen in das Gebiet der physiologischen Psychologie nicht nur zur weiteren Folge, sondern auch zu einem stetigen und nützlichen Ausgangspunkt haben.

In den letzten Jahren sind mir 4 Fälle vorgekommen, die nach dieser Richtung hin manches Gemeinsame haben und deshalb der Erwähnung werth erscheinen.

Der erste Fall betrifft einen Knaben von 10 J., den ich, weil er auch nach anderen Beziehungen manches Interesse bot und ich ihm in unmittelbarer Nähe beobachten konnte, unter dem Titel einer „unregelmässig intermittirenden, motorischen und sensorischen Central-Neurose" schon im 25. Bd. unserer Zeitschrift S. 852 mitgetheilt habe. Ich führe daher nur das von ihm an, was in Beziehung zum vorliegenden Thema steht, und füge den ferneren Lebensverlauf des Kranken hinzu, der inzwischen einen frühen Tod gefunden hat.

Der Knabe war klein, aber kräftig, stammte von einem sehr nervösen aber von seinem Amte ganz in Anspruch genommenen Vater, von einer sehr nervösen und unverständigen, gegen ihre Kinder äusserst schwachen Mutter. Eine Schwester war von Besorgniss erregender Lebendigkeit. Der Knabe war nicht unbegabt, sollte auf einem Berliner Gymnasium viel lernen, ohne dass eine geordnete häusliche Thätigkeit die Arbeiten regelte, während die Verhältnisse und die Lebendigkeit der Aeltern einen sehr regen geistigen Verkehr im Hause vermittelten. In Pyrmont, wohin der Knabe die Mutter begleitete, stellten sich Anfälle von angsthafter Unruhe ein, die Anfangs selten waren, später häufiger eintraten und seit mehreren Tagen nicht nur jede Nacht, sondern auch in ihr wiederholentlich mit grellem Schreien wiederkehrten. Vom Hausarzte Abends hinzugerufen fand ich die Mutter mit hysterischen Krämpfen im Bett, den Vater rathlos vor dem Bett des Patienten hin und herlaufend, die Geschwister verstört umhersitzend. Man erwartete eben einen Anfall. Der Knabe war psychisch oft anscheinend frei, beantwortete harmlos meine Fragen, liess beim Handreichen nur leichte convulsivische Bewegungen der Handmuskeln wahrnehmen. Er hatte ein mattes Aussehen, das Fleisch war welk, das Gesicht etwas gedunsen. Die verschiedensten Aerzte waren consultirt worden, den Tag vorher auch *Griesinger*, der diese Zufälle als Anämie erklärt und

verordnet hatte, dass statt der bisher Abends angewendeten kalten Waschungen dieselben früh angewendet und statt des bisherigen Arseniks Eisen gegeben wurde. Der erwartete Anfall blieb für dieses Mal aus. Die von der Umgebung gehandhabte verkehrte psychische Behandlung lag hier klar zu Tage, ein baldiges Eingreifen that Noth und ich nahm den Kranken, mit dessen rathlosem Vater ich befreundet war, alsbald in mein Haus. Hier markirten sich nun die Anfälle, welche spät Abends eintraten, durch plötzliche Angstanfälle, Aufschreien, hastige Bewegungen, Umherspringen über Tische und Stühle, Umklammern und Küssen des Nebensitzenden, bis sie nach circa $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde sich allmählig verloren und ruhiger Schlaf eintrat. —

In der freien Zeit war der Knabe willig, kindlich, gutmüthig, doch zeitweise bei starr und glänzend werdendem Blicke zeigte derselbe etwas Lauerndes und in seinen Handlungen Hinterlistiges. Die Besuche der Mutter musste ich verbieten, da sie auch jetzt noch den Kranken durch verkehrte Fragen aufregte und durch mitgebrachte heimlich gereichte Leckereien den Appetit zu einer für seinen Zustand geeigneteren Nahrung verdarb. Ich behielt den Knaben $^1/_2$ J. bei mir, er erholte sich körperlich und geistig, wurde frisch und munter, die Anfälle kamen nicht wieder und ich entliess ihn unter der Verordnung, dass er alsbald fern von Berlin und fern von seinen Aeltern bei einem verständigen Lehrer geregelten Unterricht erhalte. Der Vater befolgte auch meinen Rath, aber die Mutter fand Manches an der Pension auszusetzen, konnte nicht ohne den Knaben leben und bewirkte, dass er wieder zu ihr kam. Nach mehreren Monaten hörte ich, dass er von epileptischen Anfällen heimgesucht war, der Vater starb an einem Herzleiden und mein armer Patient an einer dazu getretenen Lungenentzündung, ohne dass die epileptischen Anfälle aufgehört hatten.

2. Fall. M. S., ein Knabe von 9 Jahren, von den Aeltern zärtlich geliebt, von denen der Vater ein hervorragend begabter und ungemein beschäftigter Geschäftsmann war, während die Mutter sehr ängstlich die Kinder überwachte, war seit mehreren Monaten einem Lehrer übergeben worden, der die angeblich im Lernen träge, mehr zum Spielen sich hinneigende Natur zu grösserer Thätigkeit anzuspornen suchte. Je mehr er dies that, um so weniger leistete der Knabe. Eine eigenthümliche Unruhe und Zeichen von innerer Angst mit zärtlichem Verhalten gegen die Aeltern stellten sich ein, er wurde weinerlich, aufbrausend, eigensinnig, wollte bald dies, bald jenes vornehmen, neckte die Anderen und zeigte Unarten, die vorher nicht vorgekommen waren. Als ich zu Rathe gezogen wurde, fand ich eine eigenthümliche Hast in seinen körperlichen und geistigen Bewegungen, die Stimmung heiter, den Blick stechend und lauernd, willige Antwort gebend, aber bald auf etwas anderes mit den Gedanken überspringend, Brust- und Unterleibsorgane gesund, die Gesichtsfarbe etwas anämisch, die Haut welk, der Schlaf unruhig. Ich liess von jedem Unterrichte abstehen, ihn, da es Sommer war, unter Leitung einer sehr verständigen

Schwester auf's Land zu Verwandten bringen, mit deren Kindern er spielen konnte. Ich besuchte ihn dort mehrere Male, und konnte constatiren, dass der Patient sich bei dieser diätetischen Behandlung und einfachen Bädern körperlich erholte, ruhiger wurde, aber doch immer und zwar in charakteristisch periodischen Zeiten durch Eigensinn und ungemeine Beweglichkeit in Bewegungen und Willensakten noch der Umgebung viele Noth machte. Die Besuche der Aeltern musste ich sehr beschränken, weil jede Gemüthserregung den Patienten aufregte und die krankhaften Symptome stärker hervortreten liess. Es war charakteristisch, wie der Knabe trotz seiner Jugend anscheinend ohne aufmerksam zu sein doch auf alles achtete, was um ihn vorging und nur durch vermehrte geistige und körperliche Beweglichkeit den Eindruck kundgab. Als der Winter kam, war der Aufenthalt auf dem Lande nicht mehr möglich. Ich veranlasste, dass er in eine mehrere Meilen entfernte Stadt zu einer verständigen Familie kam, dass ihm ein Lehrer, der in einer Blindenanstalt ausgebildet war, als Leiter zur Seite gestellt wurde und dieser auch allmählich den Kräften des Knaben entsprechend einen methodischen Unterricht vornahm. Dabei hat sich der Kranke gebessert, hat entsprechend gelernt, ist kräftiger geworden, hat von seiner Unruhe verloren, ist freundlicher und williger, nicht mehr psychisch so erregbar als vorher. Ich lasse ihn noch eine Zeit lang unter dieser Führung, zu der die Aeltern bei solchem Erfolge Vertrauen gewonnen haben.

3 Fall. Vor 5 J. wurde mir ein Knabe von 13 J. von seinem Vater zugeführt; dessen Mutter 1 Jahr vorher gestorben war und der durch sein eigenthümliches Wesen schon längere Zeit des Vaters Besorgnisse erweckte Der Knabe sah anämisch aus, hatte eine seinem Alter gar nicht entsprechende körperliche Entwickelung, so dass man ihn für mehrere Jahre jünger gehalten haben würde. In der Familie hatte ich schon mehrere Fälle von Geistesstörung zu behandeln Gelegenheit gehabt. Der Knabe hatte sehr gut gelernt und war zu meiner Ueberraschung schon bis Secunda vorgerückt. In seinem sonstigen Wesen hatte er noch etwas sehr kindliches, hielt sich in der Nähe des Vaters, sah ihn wo möglich stets ängstlich an, hatte nur Interesse für die Schularbeiten, glaubte immer noch etwas darin vergessen zu haben, noch mehr sich zu dem nächsten Tage vorbereiten zu müssen, arbeitete bis tief in die Nacht hinein, schlief dann unruhig. Er war in den letzten Monaten verdriesslich, eigensinnig geworden, hatte sich von seinen Schulkameraden zurückgezogen und war nun auch von diesen gehänselt worden. Der Vater hatte sich nach dem Tode der Mutter nur noch mehr den Kindern gewidmet, überwachte ängstlich das Leben der Kinder, namentlich ihre Schularbeiten, hatte namentlich diesen Knaben zu einem „Musterknaben" machen wollen, hatte selbst die Zahl der Bissen beim Essen unter väterliche Controlle gestellt und dies um so mehr, je mehr das eigenthümliche Wesen seines Sohnes seine Besorgnisse zu erwecken anfing. Wie pedantisch der Sohn geworden, zeigte

sich darin, dass, als ich ihn hatte in ein Nebenzimmer treten lassen, er auf einmal bei den lebhaften Mittheilungen des Vaters die Thüre aufmachte und mit näselnd-weinerlichen Tone hineinrief, wir möchten doch nicht so laut sprechen, er könne es ja hören. Die übrigen körperlichen Organe waren gesund, nur die Ernährung herabgesetzt, das Gesicht und der Blick von leidendem ängstlichem Ausdruck, immer nach dem Vater gerichtet. Ich veranlasste nun, dass er mehrere Male mich besuchte, um ihn ohne Anwesenheit des Vaters kennen zu lernen. In solcher Zeit spielte er gern mit meinen viel jüngeren Kindern, wobei er sich harmlos verhielt. Ich veranlasste nun, dass er zu einem verständigen mir bekannten Lehrer in Pension kam, der auch den auf ihn Rücksicht nehmenden öffentlichen und privaten Unterricht leitete und die entsprechende Kur überwachte. Allmälig ging es besser. Leider wurde der Vater, Beamter, in dieselbe Stadt versetzt und die dadurch wieder eröffneten Beziehungen zu der Familie bewirkten bald, dass er in's elterliche Haus nach kurzem wieder eintrat. Hier aber hatten die wieder ängstliche Sorgfalt des Vaters, die Neckereien der Geschwister, der nicht geeignet überwachte Ehrgeiz des Knaben ähnliche Erscheinungen wie früher zur Folge: z. B. Unlust an der Arbeit, pedantisches Wesen, Hetzereien gegen die Anderen, die sich selbst zu thätlichen Handlungen steigerten, so dass ich nunmehr in Uebereinstimmung mit dem befreundeten Hausarzte die Aufnahme in Illenau befürwortete.

Dort blieb er circa 6 Monate und erholte sich geistig und körperlich sichtlich, so dass er als genesen entlassen werden konnte. Nur eine gewisse Altklugheit blieb im Wesen des Knaben, die zu seiner sonstigen Kindlichkeit nicht recht passen wollte, wohl die immanent gewordene Folge der väterlichen Pädagogik.

Im vorigen Jahre traf ich ihn auf der Eisenbahn. Er war inzwischen Student geworden und war ein Bild der Gesundheit. Aus dem frühreifen Kinde war ein stattlicher junger Mann geworden!

4. Fall. Ein ferneres Beispiel hat mir ein befreundeter Kollege mitgetheilt. Sein 10jähriger Sohn sitzt vor circa 2 Jahren in Quinta. Ein Lehrer derselben, über die Trägheit und Schwachheit der übrigen einigen 20 Schüler sich ärgernd erklärt, nur jener und sein Nachbar verdienten, dass er sich mit ihnen beschäftige. In der That beschäftigte er sich vorzugsweise mit ihnen, aber nun auch in der Art, dass er sie mit Arbeiten überlud und sie wirklich eine Zeit lang rasch förderte. Nunmehr begann jedoch der Sohn unlustiger, eigensinniger zu werden, das vorher leichte Arbeiten wurde ihm schwerer, er wurde körperlich elender, bekam mehrere Male Angstanfälle, in denen er schreiend zum Vater gelaufen kam und endlich traten wirklich epileptische Anfälle ein. Der Vater, ein viel beschäftigter, besonnener Arzt liess alsbald jeden Unterricht aufhören, schickte den Sohn auf's Land, liess in einer Kaltwasseranstalt eine leichte Kaltwasserkur durchführen und erst in dem letzten Jahre wieder einen vorsich-

tigen methodischen Unterricht zur Ausführung bringen. Der Erfolg war, dass seit 1 1/2 Jahren die epileptischen Anfälle nicht mehr wieder gekehrt sind, der Knabe sich körperlich und geistig wieder erholt hat, frisch wieder lernt und in seinem Wissen den Standpunkt der positiven Kenntnisse wieder erlangt hat, der ihn seinen Altersgenossen gleich stellt. Was ist nun aus seinem Kameraden geworden? Er ist vor 2 Jahren an Tuberculose gestorben?

In diesen 4 Fällen lässt sich manches Gemeinsame erkennen. Alle 4 sind nicht den von Jugend auf Schwachsinnigen zuzuzählen, alle 4 gehören den gebildeten Ständen an, die um so eher, je mehr sie die Entwickelung eines Kindes fördern wollen, irren können, bei Allen hat eine verkehrte Einwirkung einen Irritationszustand des Gehirns hervorgerufen, bei Allen zeigt sich das Krankheitsbild einer intermittirenden motorischen und sensorischen Centralneurose (Reizbarkeit, Unlust zur Arbeit, abnorme Sensationen, Pedantismus, Angst), in Allen machen sich periodische Steigerungen der Krankheitserscheinungen mit Motilitätsstörung bemerkbar, die in 2 Fällen in epileptische Anfälle übergeht, bei Allen führt eine zweckmässige Hygiene zum erwünschten Ziele, denn auch in dem ersten Falle trat ein Rückfall nur erst ein, weil die Angehörigen mit der anscheinend vorübergegangenen Gefahr die ärztlichen Rathschläge nicht mehr beachteten. —

Nachdem für die nächste Versammlung der 14. Dezember d. J. bestimmt war, wurde die Sitzung geschlossen, an welche sich ein gemeinsames Mahl anreihte.

Dr. *Schroeter*, Secretär.

Kleinere Mittheilungen.

Nachtrag zu Dr. Tigges, Ueber Zustände mit Schwindel etc. — Ferner ist noch zu erwähnen: die Platzangst (Agoraphobie) von *E. Cordes* (Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 72 S. 521).

Verfasser vindicirt dem Symptome der Platzangst mit gleichwerthigen Symptomen (Gesellschafts-, Einsamkeitsangst) ein ausgebreiteteres Vorkommen. Die von ihm vorgeführten Krankengeschichten (continuirliche Fälle von Melancholie darstellend) und weiteren Ausführungen zeigen in den betreff. Symptomenkomplexen wesentlich 2 Reihen von dahin gehörigen Erscheinungen auf. Zunächst motorische und sensible, betreff. Mängel des Bewegungsvermögens, wie sie namentlich bei gewissen Veranlassungen hervortreten und Empfindungen, welche sich auf diese Mängel beziehen. Diese gelegentlich eintretenden und vorübergehenden motorischen Störungen sind die hier maassgebende Erscheinung. Es geht deren Vorhandensein in einem Theil der Fälle aus der Darstellung hervor. Es hat jedoch den Anschein, als ob in einem anderen Theil rein psychische Zustände, wie deren Kenntniss hinreichend geläufig ist, vorgelegen haben (reine Angst allein zu sein, bei anderen Menschen zu sein etc. so F. 6 S. 573). Die 2 Reihe von Erscheinungen sind psychische, bestehen in einem mehr oder weniger grossen Angstgefühle, dessen Inhalt wesentlich aus jenen auf die Motilitäts-Defekte sich beziehenden Empfindungen gebildet wird, indem die Vorstellungen sämmtlich in dem Gefühl der Furcht davor wurzeln, nicht fähig zu sein, bestimmte Handlungen auszuführen (Plätze überschreiten etc.) oder dulden zu können (Verlegenheitsangst). Das Verhältniss dieser beiden Erscheinungsreihen ist nach Vf. das, dass der Motil.-Defekt das zuerst auftretende, der psych. Faktor der sekundäre ist, während im weiteren Verlaufe der psychische Faktor den somatischen hervorruft und zu bedeutender Höhe steigert. In Betreff jenes motorischen und sensiblen Antheils verwahrt sich Verf., ebenso wie *Westphal* in seinen Fällen, gegen die Supposition von Schwindel. Er sagt: Bei den Gefühlen und Empfindungen, welche den Kranken beim oder vor dem Ueberschreiten grösserer Plätze ergreifen, handelt es sich nie um Schwindelgefühle. Niemals tritt das Ge-

fühl auf, als ob der Kranke sich oder die Gegenstände sich um den Kranken drehten, niemals handelt es sich um Scheinbewegungen, sondern stets empfindet er nur das Gefühl der Unmacht, das Gefühl als ob er nicht vorwärts könne, als ob er sich am Boden gefesselt fühlte etc. (S. 524). In der That liefern die Ausführungen des Verfassers manche Handhaben für die Anschauung, dass die Sache sich grossentheils so verhalten habe. Die hauptsächlich hervortretenden motorischen Störungen, ohnmachtähnliche Schwäche, Zittern, leichtere Coordinationsstörungen bis zu funktioneller Lähmung erklären sich ohne Annahme von Schwindel. Nichts desto weniger lehrt eine genauere Analyse, dass an einem Theile der vorgeführten Erscheinungen die Schwindel-Empfindung und -Bewegung nicht unbetheiligt sei. Es ist zunächst ein Ausspruch des Verf zu citiren (S. 551): „Es handelt sich in diesem Falle um eine pathologische Veränderung derjenigen Theile des Gehirns, die nicht nur der Lokomotion, sondern auch dem allgemeinen Muskelgefühl vorstehen." Bei dem bedeutenden Antheil, den dies allgemeine Muskelgefühl an dem Bewusstsein des Gleichgewichtszustandes, sowohl der einzelnen Theile des Körpers unter sich als auch des ganzen Körpers zur Umgebung, in der Ruhe und während der Bewegung hat, ist der nahe, nothwendige Zusammenhang zwischen den Veränderungen dieses allgemeinen Muskelgefühls und der anfangs hingestellten Zusammenfassung der Schwindelkriterien gegeben. Trotz des vielfach von den Pat. angegebenen „Schwindels", „enormen Schwindels", hat Verf. die Ueberzeugung von einer subjektiven oder objektiven kreisförmigen Scheinbewegung nicht gewinnen können. Es sind jedoch auch anderweitige Scheinbewegungen und wirkliche Bewegungen unter Schwindel zu subsumiren. So der Fall S. 558 (Morb. Basedow). Gefühl als ob er in den Boden hinabgerissen würde, als ob ihm die Beine unter dem Leibe fortgerissen würden etc. Dies Gefühl hoher Unsicherheit in den unteren Extremitäten etc. sei die alleinige Ursache seiner Furcht vor grossen Plätzen, bei denen er sich an den Häusern halten müsse, da ihm diese das Gefühl der Sicherheit gäben. Ferner Fall S. 560 (Morb. Basedow). Es sei ihm fortwährend, als ob der linke Arm gar nicht vorhanden sei, der Arm sei schwindelig. Bei Applik. des k. Str. (Rpl.) äusserte er: der Arm geht mit mir fort, er ist schwindelig. Ferner Fall S. 564: Wenn Pat. grosse Treppen hinauf oder namentlich herabgehen müsse, komme eine solche Verwirrung in seine Beine, dass er wirklich nicht mehr wisse, ob er nun den linken oder rechten Fuss auf die nächste Stufe setzen müsse (also von der Empfindung ausgehend, keine ursprüngliche Coordinationsstörung). Es treten ferner eine Reihe von Thatsachen hervor, welche sich z. Th. vollkommen übereinstimmend in vorliegender Arbeit finden, bei denen es, wenn man sie für sich betrachtet, unentschieden bleiben könnte, ob man es mit Coordinationsstörungen als motorischen Erscheinungen an sich, oder in Beziehung zu Schwindelempfindungen aufzufassen habe, bei denen jedoch die früheren Ausführungen die letztere Alternative, das Zusammengehen

mit und die Abhängigkeit von Schwindelempfindungen dargethan haben. Diese Thatsachen beziehen sich theils auf die Körpermuskulatur im Allgemeinen, th. auf die Augenmuskeln. In ersterer Hinsicht ist zu bemerken das Schwanken bei geschlossenen Augen, Unfähigkeit über eine grade Linie sicher zu gehen. Zu letzterer Categorie gehören: Pat. werden von einem Gefühl von Angst ergriffen beim Vorbeigehen an einem längeren Geländer, besonders wenn die Sonne darauf scheint (Ablenkung der Augenmuskeln beim Fixiren — nach dem Verfasser Hyperästhesie der Retina), ferner der Mangel der Akkomodation, ferner, wie es in vorstehender Arbeit oft hervortrat, S. 571: die Augenmuskeln haben an Leistungsfähigkeit eingebüsst, nach einiger Zeit des Lesens flimmern die Buchstaben und Zeilen so durch einander und laufen in einander, dass sie nicht weiter lesen können.

Es ist ferner als den Zuständen des Verf. und denen der vorstehenden Untersuchungen gemeinsam hervorzuheben, dass sie andauernde exquisite Melancholien mit den dazu gehörigen Sensationen und Erregbarkeits-Erhöhungen der peripheren Nervenabschnitte sind, dann dass Verf. den Sitz seiner Zustände (S. 550) in den Pons und einige höher gelegene Hirnparthien verlegt (bis wohin die vom Rückenmark aufwärts ziehenden motorischen Längsfasern verfolgt werden können). Ferner ist noch der günstige Einfluss der Galvanisirung des Sympathicus und des absteigenden Stroms am Rücken in einigen Fällen des Verf. hervorzuheben. Endlich ist auf die mehrfache Uebereinstimmung des F. 18 mit den Beobachtungen des Verf., speciell noch auf den günstigen Einfluss der Alkohole aufmerksam zu machen.

Aus Allem ergiebt sich, dass die vom Verf. beschriebenen Eigenthümlichkeiten von den hier beschriebenen zum grossen Theil verschieden und in sich abgeschlossen sind, dass aber doch gemeinsame Züge und Berührungspunkte gegeben sind, und dass speciell bei der symptomatologischen Natur des Schwindels und der mit ihm zusammenhängenden Erscheinungen derselbe mehrfach in den Zuständen des Verf. nachweisbar ist.

Endlich ist geraume Zeit nach Abfassung der vorstehenden Untersuchungen zu meiner Kenntniss gekommen die Arbeit von *Hitzig*: Ueber die beim Galvanisiren des Kopfs entstehenden Störungen der Muskel-Innervation und der Vorstellungen vom Verhalten im Raume (*Reichert's* etc. Archiv nach Medic. Centralblatt 1872 S. 566) und ist bei der Verschiedenheit der Untersuchungsobjekte und der verfolgten Ziele die in beiden Arbeiten hervortretende Gemeinsamkeit mancher allgemeinen Gesichtspunkte bemerkenswerth. Als die geeignetste Applik.-Methode zur Hervorrufung des Schwindels gilt dem Verf. die Applikation je einer Elektrode zwischen Ohrläppchen und Proc. mast. jeder Seite. Es treten dann bei hinreichender Stromstärke Schwindelempfindungen und entsprechende Bewegungen im Bereiche einestheils der Gesichtsorgane, anderntheils der allgemeinen Körpermuskulatur auf. Die Schwindelempfindung, welche die allgemeine Körper-

muskulatur, das Gleichgewichtsbewusstsein des ganzen Körpers betrifft, ist verbunden mit einer Neigung des ganzen Körpers nach der Seite der An hin. Sie tritt sofort beim Schliessen ein, bleibt während SD bestehen, nimmt allmählig ab. Diese Bewegung ist nach Verf.s Selbstbeobachtung eine willkührliche, hervorgerufen durch die Empfindung, als wenn der Kopf oder Körper nach der Ka-Seite geneigt würde, und durch das Bedürfniss, gegen diese Bewegung das Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Nach Verf. würde also hier die nächste Einwirkung des Stroms in der Schwindelempfinduug bestehen, und erst sekundär, hierdurch hervorgerufen, die Schwindelbewegung auftreten. Mit der Oc der Kette hört diese Erscheinung auf und tritt eine schnell vorübergehende Empfindung und Bewegung in umgekehrter Richtung ein. — Die den Gesichtssinn betreffenden Scheinbewegungen der äusseren Gegenstände sind mit unwillkührlichen und unbewussten, Nystagmus-ähnlichen Augenbewegungen verbunden, der Art, dass die Bulbi durch schnelle ruckende Bewegungen nach der Seite der Ka gewendet werden, dann durch langsam fortschreitende Bewegungen nach der An-Seite zurückkehren. Bei starken Strömen werden beide Bulbi in dem Augenwinkel auf Seite der Ka festgehalten, oscilliren hier hin und her. (Ausserdem finden auch Raddrehungen der Augäpfel, niemals Convergenzbewegungen statt). Die Scheinbewegungen der äusseren Gegenstände finden dabei nach der Seite der Ka statt. Sie entsprechen daher den nach Seite der An erfolgenden Bewegungen der Bulbi. Letztere erklärt Verf. als die eigentliche Wirkung des Galvan. (mit Herbeiziehung von *Adamück's* Resultaten), während die nach der Ka-Seite erfolgenden Augenbewegungen eine centrale Reaktion (Eindruck verminderter Arbeitsleistung nach dieser Richtung hin) darstellen, und vom Verf. als Analogon der allgemeinen Körperbewegung nach der An-Seite hin aufgefasst werden. Bezüglich des Mechanismus dieses Theils des Schwindels ist Verf. der Ansicht, dass als Wirkung des Galv. die unbewussten Augenbewegungen zu betrachten seien und erst in Folge hiervon die Schwindelempfindung, die Scheinbewegung der äusseren Gegenstände entstehe. Bei der Oc entstehen wieder die entgegengesetzten Erscheinungen. — Es ist ferner noch anzuführen, dass bei geschlossenen Augen die nach der Ka gerichtete Bewegung des Körpers (also bei der Oc) um seine horizontale und mediane Axe fortzudauern schien. Beim Oeffnen der Augen hörte dann die Scheinbewegung des eignen Körpers auf, indem sie auf die Gesichtsobjekte in der angegebenen Richtung übertragen wurde. Diese Erscheinung macht es nun schon unwahrscheinlich, dass ein unbedingtes Abhängigkeitsverhältniss in dem Sinne des Verf. bestehe, dass der optische Theil und der die eigene Körperbewegung betreffende Theil getrennt als verschiedene Erscheinungen der Einwirkung des Galvanismus auf das Gehirn aufzufassen sind.

Die anderweitigen Bedenken gegen einige Seiten der vorgeführten Anschauungen lassen sich aus der Darstellung entnehmen. Sie bestehen darin, dass bei dem den eigenen Körper betreffenden Schwindel die Empfin-

dung der Ausgangspunkt und die Bewegung die sek. Folge hiervon sein soll, während bei dem Augenschwindel die Augenbewegung das Primäre und die Scheinbewegung erst hiervon peripher bedingt sein soll. Während ferner bei ersterem beider F. die Neigung des Körpers nach der An-Seite die Erscheinungen objektiv beherrscht, und bei letzterem die Augenbewegung nach der An-Seite hin die optische Empfindung bedingt, und so ebenso die Erscheinungen beherrscht, so soll doch die Neigung nach der An-Seite hin bei ersterem ein Analogon sein, der Augenbewegung nach der Ka-Seite hin bei letzterem. — Einer der Hauptgründe für diese Schlussfolgerungen des Verf. ist offenbar das angeführte Resultat seiner Selbstbeobachtung, während diese doch bezüglich der Erforschung des Mechanismus psychischer Vorgänge viele Klippen hat.

Eine einheitliche Deutung der vom Verfasser gefundenen Thatsachen, welche deswegen hier entwickelt ist, weil sie in vollkommener Uebereinstimmung mit den Schlussfolgerungen steht, zu denen die vorgeführten pathol. Studien geführt haben, ist folg.: Es ist nach früher Entwickeltem anzunehmen, dass über der Empfindung des Gleichgewichts des eigenen Körpers und der der umgebenden Gegenstände eine höhere Einheit des Gleichgewichtsbewusstseins existire. Funktionelle Störungen desselben können sich nach beiden Richtungen hin detailliren. Es muss ferner wiederum angeführt werden, dass der sensible und motorische Antheil des Schwindels uns beide gleichwerthig entgegentreten, dass die Selbstbeobachtung über ihr gegenseitiges ursächliches Verhältniss keine hinreichende Auskunft giebt, und dass man zugleich mit Rücksicht auf andere Beziehungen dasselbe am besten als eine offene Frage lässt. Nimmt man nun an, dass die Gleichgewichtsempfindung einer Körperhälfte durch Basaltheile der entgegengesetzten Hirnhälfte bedingt wird (*Budge*), so würde bei obiger Applikation, im Fall die Ka l. wäre, die r. Körperhälfte einen sensiblen und motorischen Impuls erfahren. Der sensible Reiz würde in der Anzeige des mangelnden Gleichgewichts hier bestehen — diesen negativen Werth würde diese sensible Funktion annehmen —, und der motorische würde jenem sensiblen Defekt entsprechend erscheinen, daher eine Neigung nach r. eintreten. Es würde ferner bei jener Applikation nach *Adamück* in Folge erhöhter Erregbarkeit und Erregung der l. Hirnhälfte (Vierhügel) eine Drehung der Augen nach r., unabhängig hiervon eine mit der abnormen Innervation der Augenmuskeln in Verbindung stehende, nicht aus ihr folgende Schwindelempfindung entstehen, während die bei offenen Augen erfolgende Scheinbewegung der äusseren Gegenstände allerdings peripherisch jenen Schwindel verstärken würde. Es ergiebt sich dann ferner jenes Resultat: Bei geschlossenen Augen dauerte die Scheinbewegung des Körpers nach der Ka-Seite (bei der Oc) fort, hörte jedoch beim Oeffnen der Augen auf, wurde dann aber auf die Gesichtsobjekte übertragen. Bei geschlossenen Augen konnte bei Ergriffensein jener höheren Einheit das veränderte Gleichgewichtsbewusstsein sich nur in jene Empfindung des eigenen Körpers projiciren, bei geringerem In-

tensitätsgrade beherrschte dann der empfindlichere Gesichtssinn die Erscheinungen und concentrirte auf sich die abnorme Funktionirung.

Verf. kommt zu folg. Theorie über die Einwirkung auf das Gehirn bei vorliegenden Applikationen: Die intracerebralen Nerven werden durch den konstanten Strom in einen Erregungszustand versetzt, analog den von *Pflüger* an peripherischen Nerven ermittelten Elektrotonus, abhängig von der Stromesrichtung. Man wird allerdings nicht umhin können, eine solche Anschauung bei Beurtheilung der Resultate des Verfassers zu haben und das Z-Gesetz der periph. motorischen Nerven ist damit auf gewisse centrale Fasern übertragen.

Was die Resultate selbst anbetrifft, so kann eine Beurtheilung derselben nach den eigenen Versuchen aus dem Grunde nicht geliefert werden, weil die vom Verf. angeführten Erscheinungen sorgfältig vermieden wurden. Es liegt in der Natur der Sache, dass die beobachteten Erscheinungen bei der pathologischen Natur der behandelten Fälle einen etwas anderen Charakter hatten. So traten die Schwindelerscheinungen am meisten bei den Oc ein, steigerten sich hier in einzelnen, sehr seltenen Fällen zu Ohnmachtsanfällen mit Blässe des Gesichts und heftigem Erbrechen, selbst bei der geringsten Stromstärke, kurzer Dauer und Strömen am Rücken. Die Bewegung bestand dann immer in einer Neigung nach dem Ka. Demnächst zeigte sich der Schwindel bei SD nach einigen Minuten.

Bezüglich der therapeutischen Verwerthung gelten dieselben Reflexionen wie bezüglich des Z-Gesetzes des motorischen Nerven. Dasselbe ist eine Errungenschaft der Wissenschaft und dient als diagnostischer Führer bei der Untersuchung des periph. (z. Th. auch centralen) Nervensystems von Nervenkranken. Aber eine Wirkung auf die Therapie kann man ihm nicht zuschreiben. Diese entnimmt ihre Maximen aus ihren eigenen Beobachtungen. Es ist dies um so mehr zu betonen in vorliegendem Fall, wo ähnliche Erscheinungen physiologisch hervorgerufen und therapeutisch bekämpft werden. In der That geben die Applik.-Methoden schon bedeutenden Anhalt zu dieser Sonderung. Von der Applik. auf den Symp. weiss die Physiologie Nichts; ebenso wenig von der eines Pols auf dem ersten Halswirbel, und des anderen weiter unterhalb, während für die Pathologie die Beweise für diese Wirkungsweise beigebracht sind. Die sagittale Applik. (ein Pol dicht unter dem Hinterhaupt, der andere an der Stirn) gilt nicht für die Physiologie, ist unter Umständen für die Therapie nicht unwichtig. Der Wechsel der Pole bringt ein entgegengesetztes physiologisches Resultat hervor, kommt meist gar nicht in Betracht für die Therapie.

Dr. *Tigges.*

Zur Vorgeschichte der Agoraphobie. — Als Agoraphobie (Platzfurcht) beschreibt *Westphal* (Arch. f. Psychiatr. 1871. Bd. 3 H. 1 S. 138 ff.) eine neuropathische Erscheinung, deren Hauptphänomen die Furcht vor dem Durchschreiten von Plätzen resp. Strassen ist. In der Literatur geschehe von sehr spärlichen modernen Andeutungen abgesehen — die erste vom Jahr 1832 — des Leidens keine Erwähnung. Man habe es nicht mit Schwindel als dem Gefühl einer Scheinbewegung zu thun, sondern, ohne jede Hallucination, mit einer Idiosynkrasie gegen freie Plätze, lange Strassen, weite Räume wie Theater und Kirchen. Es komme nicht zum Fallen, daher nicht sowol Verlust des Gleichgewichts als „Angst vor der Angst". Im Paroxysmus tritt ein allgemeiner Tremor, zuweilen eine Art Aura auf, mit folgender Abgeschlagenheit. Eine oft vermeintliche Stütze für Arm und Auge, eine Reitgerte, das Fixiren eines Lichts, „in Gedanken sein" hilft über die Schwierigkeit hinweg. Das Bewusstsein bleibt klar, die ganze Erscheinung stationär ohne nervöse Complikation. Vikariirende Beziehungen zur Epilepsie lassen sich constatiren. Zufuhr von Speise und Trank mildert die Symptome. Wesentlich ist die Genesis des „pathologischen Affekts" in direkter Abhängigkeit von den äusseren Umständen; conditio sine qua non für die Parästhesie ist die Perception einer räumlichen Differenz. Augenmuskeln normal.

Forestus, Opera 1614 Lib. X de cerebri morbis, erzählt zwei Fälle von Agoraphobie: Obs. 45 de vertigine cum cerebri imbecillitate: *Alexander Balbianus Lombardus*, anno 1572, in hyeme cum in foro una cum eo deambularem, conquestus est mihi de vertigine . praescripsi . . neque forum accederet aut alia loca in quibus homines obambulant. quod non opus fuit illi adeo iniungere, cum ipse (ut fatebatur) cogeretur illico a foro discedere, alioqui facile vertiginosus in terram concidisset; etiam si in templo multitudinem hominum vidisset obambulantes. Ferner Obs. 49 de vertigine per consensum ventriculi: *Guilielmus Berendrechtius*, 33 annos natus, Secretarius regius apud Haganos, cum diu stomachi imbecillitate et nausea laborasset, vertiginem incurrebat, quam praecipue patiebatur, si in foro ambularet ac alios obambulantes cerneret, illico discedere cogebatur, alioqui facile in terram concidisset. metus etiam erat de epilepsia futura.

Wepferus, de affectibus capitis 1727, trennt vertigo gyrosa und titubans; beide Formen sieht er zumeist in der Fastenzeit.

Sauvages, nosologia 1768, schreibt II. 173 über vertigo hysterica: novi hystericam, quae si templum vacuum ingrediatur, lapsum metuit et vertigine afficitur. — alteram vidi, cui per vicos progredienti pavimentum videtur instar gossypii cedere et intro premi, unde continuo lapsum metuebat.

Stoll, praelectiones 1788, sagt I. 332 über vertigo hypochondriacorum:

plures sunt, inter monachos praecipue, qui ex loco editiore [1]) aut sacra aut ad populum dicere ob vertiginem cadendique metum nulla ratione queunt; und dissertationes 1789, de hypochondriaco II. 406: vertigo ut locum parum elevatum vire ascendere et in loco aperto non suffulti vire incedere queant.

Herz, Versuch über den Schwindel 1791, verweist S. 327 auf *Stoll* und führt in der Aetiologie die Nervenreizbarkeit bes. Onanie auf.

Russel Reynolds, Vertigo 1854, zitirt p. 38 einen Pat. von *Sandras* (Traité des maladies nerveuses I. 306) qui ne pouvait pas marcher sur les trottoirs d'asphalte sans éprouver des vertiges bien caractérisés. — Derselbe Autor, Epilepsy, 1865 deutsch von *Beigel*, lehrt p. 58 f. vom epileptischen Schwindel, dass dieser niemals rotatorisch, sondern stets „subjectiv" sei und vergehe, wenn der Blick ein unbewegtes Objekt fixire oder die Hand einen Gegenstand fasse.

Delasiauve, Traité de l'épilepsie 1854, nennt p. 135 bei den Gelegenheitsursachen des Einzelanfalls u. a. influences modificatrices auch gymnastique: On a vu d'autres n'être pris jamais qu'en marchant. Un de nos épileptiques, dont le mal s'était éclaré pendant la route, en éprouve exclusivement les retours dans les mêmes circonstances.

Trousseau (*-Lulmann*, med. Klin. 1868 III. 1 ff.) reproducirt seinen von *Blondeau* (Arch. gén. de med. 1858) redigirten Aufsatz über Vertige stomacal. Den ex iuvantibus diagnosticirten Zustand rufen die leisesten Anlässe hervor: der Anblick eines Gitterwerks, eines Geländers, einer gestreiften Tapete. Meist ist es Drehschwindel, zuweilen sind es abnorme Sensationen eigenthümlicher Art. Leerheit des Magens disponirt zum Anfall; etliche Löffel Fleischbrühe und Wein coupiren denselben. Es kann aber auch Schwindel das einzige Symptom bleiben ohne Spur einer Dyspepsie, wie bei einer seiner Kranken, bei welcher „Lärm auf der Strasse, der Anblick der Passanten, eine vorüberfahrende Kutsche den Anfall derartig veranlassten, dass die Frau nicht mehr auszugehen wagte."

Köhler, specielle Therapie 1868, merkt II. 684 zur diätetischen Behandlung der „Fallsucht" wörtlich an: „So fürchten sich manche (Kranke, ebenso Geheilte) über einen Platz zu gehen, in der Mitte der Zuschauer im Schauspielhause, der Zuhörer in der Kirche zu sitzen." Siehe ebenda S. 757.

Niemeyer, Lehrbuch 1868, schliesst I. 613 das Capitel Dyspepsie mit *Trousseau*'s Magenschwindel: „Ich habe einen Kranken gekannt, der um keinen Preis allein durch einen Saal gegangen oder über einen Platz geschritten wäre, während er in demselben Saale ohne sich zu besinnen tanzte und über denselben Platz ganz unbefangen auf einem wilden Pferde ritt." Bei seinen Kranken fehlten deutliche Zeichen von Dyspepsie; er er-

---

[1]) Aus Metz berichteten die Tagesblätter im Juli 1872 einen ähnlichen Vorfall an einem dortigen Hochaltar.

klärt solchen Schwindel für „Unart“ und fährt fort: „Ich glaube, dass die Wiederholung der Schwindelanfälle psychischen Ursprungs ist. Ein Mensch, der einmal beim Gehen über einen freien Platz schwindlig geworden, ist in der grössten Gefahr bei derselben Gelegenheit von neuem schwindlig zu werden. Die Furcht vor dem Schwindel (analog „Deinophobie“) ist ein überaus begünstigendes Moment. Angestrengte Aufmerksamkeit, eine psychische Emotion, selbst ein leichter Rausch, die Hand eines schwachen Kindes schützen dagegen.“

Westphal selbst belegt sein neues Krankheitsbild mit drei typischen sehr detaillirten Beobachtungen; und führt von fremden Autoren an

Brück mit zwei Fällen von „Schwindelangst“, das eine Mal Augenschwindel.

Flemming mit der charakteristischen Krankengeschichte eines höheren Offiziers, der zu Pferd und im Felde keinen Schwindel kennt.

Benedikt's 23jähriger Kranker hat onanirt; dabei verminderte seitliche Convergenzfähigkeit. Der Name „Platzschwindel“ stamme von *Griesinger*, der ja eigens eine vertiginöse Gruppe von Psychosen statuirte.

Ferner giebt das „Tageblatt“ der Rostocker Naturforscherversammlung 1871 p. 69 die Notiz, dass *Flemming* dort über „Schwindelangst“ gesprochen. Diese Bezeichnung — heisst es im ausführlichen Sitzungsprotokoll, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1872 Bd. 29 H. 1 S. 112 ff. — verdiene den Vorzug vor der zu eng specialisirenden Agoraphobie; wesentlich sei die „Angst vor dem Schwindel“ (Skoto-, Deinophobie).

Sander (Arch. f. Psychiatr. 1872 Bd. 3 H. 2 S. 493) kennt zwei weibliche Kranke der Art; beide leiden an Epilepsie.

Angesichts dieser Reihe gleichartiger Mittheilungen, deren erste aus dem Jahr 1572, die letzte von 1872 datirt, lässt sich mit *Trousseau* — zu *Duchenne*, dem Entdecker der Glossolaryngeallähmung — sprechen: „cette maladie, assurément, n'était point nouvelle.“ Und man begegnet vor Findung des Nomen morbi bei den genannten Autoren sämmtlichen Einzelsymptomen der *Westphal*'schen Agoraphobie: Zum Fallen kam es nie. Der Widerwille gegen freie Plätze, Strassen, Kirchen u. a. wird zwar als Schwindel bezeichnet, aber deutlich von der landläufig damit gemeinten Bewegungshallucination unterschieden. Eine Prädisposition des Nervensystems besteht durchweg, bald imbecillitas cerebri d. h. allgemeine Nervosität, intemperies nervosa, Hysterie und Hypochondrie, bald epileptische oder epileptoide Zustände. Auch an dem schon *Hippokrates* bekannten gastrischen Schwindel leiden manche Agoraphoben. Erzeugt aber wird die Parästhesie nur vor weiten Räumen, monotonen Flächen — ein Delirium oculi, eine Art Wüstenhallucination.

Westphal nennt den Zustand rein symptomatisch ohne jedes Präjudiz „Platzfurcht“ und glaubt damit nur das erste Symptom einer im Ganzen noch nicht gekannten Neurose gefunden zu haben.

Indessen lässt sich wohl noch mit den älteren Autoren nur eine bestimmte Form des Schwindels annehmen. Dieser ist als kreisförmige Scheinbewegung des eigenen Körpers oder der Umgebung zu eng definirt zumal beim Sprachgebrauch der Schriftsteller über Epilepsie, welche vertige und petit mal häufig identificiren. Entsprechend der Bedeutung des Worts im socialen Leben, wo das Solide und Reelle dem Schwindel gegenüber besteht, muss man wohl auch im klinischen Sinne weniger die nicht reelle Bewegungsvorstellung als die Haltlosigkeit, den Verlust des Gleichgewichts betonen.

Bei Kleinhirnkrankheiten mit gestörter Innervation des Rumpfes ist der Schwindel schon früher (*Immermann*) auf reelle Körperschwankungen zurückgeführt. Ebenso kommen bei der Seekrankheit ungewohnte Bewegungen in's Spiel; und was bei jedem Seebeben wird auch von Erdbeben glaubwürdig berichtet, wo Nausea, Schwindel, Erbrechen bis zur Ohnmacht nicht selten sind. Wenn ferner die (larvirte) Fallsucht, als exquisit motorische Neurose, zu Balanceverlust führt, so ist das nur eine Manifestation der Krankheit. Der Schwindel bei Augenmuskellähmung führt von dem motorischen auf das sensible Gebiet.

Hier ist zuerst der Nervus vagus zu nennen, der Lungen-, Magen-(Ohr- und Herz-) Nerv (vgl. *Budge*, über Erbrechen). Die galvanischen Cerebralsymptome erklärt *Althaus* durch Reflex des N. trigeminus. Das Ohrgift Chinin macht Ohrensausen und Schwindel; die Ohrenärzte haben einen besonderen Gehörsschwindel. Steile Höhen, grosse Tiefen, jäh sich folgende Netzhautbilder rufen den gewöhnlichen optischen Schwindel hervor; was nicht befremden kann, da die Anatomie im Sehhügel ein Zusammenfliessen des Tractus opticus und der Rückenmarksbündel constatirte (*Meynert*, Arch. f. Psychiatr. 1870 Bd. 2 H. 3 S. 635 u. a.), und da der Sensus communis, der heutige Raumsinn, nichts ist als die Resultante vom Gesichts-, vom Muskel- und von anderen Sinnen. Daher machen Fieber, Kreislaufsstörungen, Visceralaffektionen, Neuro- und Psychopathien gleichfalls Schwindelerscheinungen d. h. Hallucinationen des Raumsinns. Die Wechselwirkung zwischen Vorstellung und Schwindel beweist für die Mitleidenschaft des ganzen cerebrospinalen Systems. Nachtwandler sind schwindelfrei, weil „unbewusst" und ohne Schwindelfurcht.

Woher aber kommt beim gemeinen Schwindel die Wahrnehmung einer Drehbewegung? Hierauf giebt vielleicht die psychologische Entwicklungsgeschichte Bescheid. Während nemlich dem Neugeborenen die niederen Sinne z. Th. schon aus intrauteriner Erfahrung geläufig sind, lernt das Auge erst nach Wochen und Monaten fixiren (*Kussmaul*, über das Seelenleben des Neugebornen 1859. p. 25. 39; *Cuignet*, Archiv d'ocul 1871 Spt.). Noch später kommen Gehörsperceptionen. Vielleicht vernimmt das Ohr nocht nicht die menschliche Stimme, weil es nur das Pulsiren der Kopfblutgefässe hört; vielleicht sieht das Auge noch nichts fest, weil es eben nur farblose Gegenstände in jagender Umdrehung d. h. weil es die Rota-

tion der Erde sieht. Erst allmälig gewinnt das Judicium durch Eliminiren dieser konstanten Eindrücke das Augenmaass; ebenso wie später beim Gehenlernen durch Eliminiren der Gravitation der Schwerpunkt gefunden wird — aber nur um in der Ohnmacht jäh zusammenzustürzen, um im rotatorischen Schwindel, dem Schwindeln der Sinne, vor den Augen alles schwarz und in jagender Flucht zu sehen.

Die Auffassung des Schwindels als „Rückfall" und „Verlernen" reiht ihn in gewisser Hinsicht den Illusionen und Hallucinationen, anderer Seits den Zwangsbewegungen und Contrakturen an. Ob hiebei Hemmungs- und Associationscentren und deren zeitweiliger Blutgehalt in Frage kommen, darüber hat wohl noch eine allgemeine Neuro- und Psychopathologie zu entscheiden.

Dr. *Emil Höring*,
Marine-Assistenzarzt.

Statistische Nachricht über die Herzogl. Altenburgsche Irren-, Heil- und Pflege-Anstalt „Genesungshaus zu Roda" auf das Jahr 1871. —

I. Am 1. Januar waren Bestand:

	185 Irre	(93 Männer,	92 Frauen).
Aufgenommen wurden im Jahre 1871:	54 -	(35 -	19 -
Summa:	239 Irre	(128 Männer	111 Frauen).

Unter 239 Verpflegten waren: Ehemänner 29, Ehefrauen 26, Wittwer 12, Wittwen 18, geschiedene Männer 2, geschiedene Frauen 7, ledige Männer 85, ledige Frauen 60.

Von den 185 am 1. Jauuar 1871 als Bestand Verbliebenen standen im Alter von 16—20 Jahren 2; 21—30 Jahren 22; 31—40 Jahren 43; 41—50 Jahren 48; 51—60 Jahren 43; 61—70 Jahren 18; 71—80 Jahren 6; 81—84 Jahren 3.

Von 54 im Jahre 1871 Aufgenommenen standen im Alter von: 17—20 Jahren 5; 21—30 Jahren 13; 31—40 Jahren 14; 41—50 Jahren 13; 51—60 Jahren 7; 61—70 Jahren 2.

Von 239 Verpflegten waren:

165	(88 Männer,	77 Frauen)	dem Herzogthum Angehörige
63	(36 -	27 -	dem Fürstenthum Reuss Angehörige,
11	(4 -	7 -	anderen deutschen Staaten Angehörige.

Nach den Monaten kamen 54 zur Aufnahme: Im Januar 2, Februar 4, März 3, April 4, Mai 9, Juni 3, Juli 9, August 2, September 8, October 3, November 3, December 4.

Unter den Aufgenommenen befanden sich 4 im ersten, 1 im dritten Rückfalle.

Von 239 Irren gehörten an: 43 der höheren, 135 der mittleren, 61 der niederen Bildungsstufe.

II. Im Jahre 1871 wurden verpflegt: 239 Irre in 70,454 Verpflegungstagen; daher 1 Irrer durchschnittlich 295 Tage. Bei einer derzeitigen Gesammtbevölkerung des Herzogthums von circa 141,650 Seelen wurden im Jahre 1871 verpflegt: 165 Inländer; daher 1 Irrer auf 858,5 Seelen.

III. Von 239 Irren (128 M. 111 Fr.) litten an:

Melancholie	24	(11 Männer	13 Frauen.
Manie	44	14 -	30 -
Wahnsinn	52	36 -	16 -
Verrücktheit	48	26 -	22 -
Blödsinn (im Allgemeinen, Idiotie, epileptischer Blödsinn)	61	34 -	27 -
Epilepsie mit Geistesstörung	10	7 -	3 -
	239	(128 Männer	111 Frauen.

Hiervon gingen im Laufe des Jahres ab: 49; (27 M. und 22 Fr.) und zwar: als geheilt resp. gebessert 17 (11 M., 6 Fr.) (7,12 pCt.); als ungeheilt 2 (1 M., 1 Fr.); es verstarben 30 (15 M., 15 Fr.), (12,56 pCt.); sodass demnach am Jahresschlusse 1871 als Bestand verblieben: 190 Irre (101 M., 89 Fr.).

IV. Als ursächliches Moment liessen sich bei 54 im Jahre 1871 Aufgenommenen annäherungsweise nachweisen: in 31 Fällen somatische Alterationen; in 3 Fällen psychische Alterationen; in 6 Fällen gemischte somatische und psychische Alterationen; in 8 Fällen lag Rückfall resp. Wiederaufnahme ungeheilt Entlassener vor; in 6 Fällen konnte ein ursächliches Moment nicht ermittelt werden.

Von 30 Verstorbenen befanden sich im Alter von 16 Jahren 1; 21—30 Jahren 3; 31—40 Jahren 7; 41—50 Jahren 5; 51—60 Jahren 7; 61—70 Jahren 5; 71—80 Jahren 1; 81 Jahren 1.

Nach den Monaten verstarben: im Januar 5, April 1, Mai 1, Juli 1, August 3, September 4, October 8, November 1, December 6.

Bei den 30 Verstorbenen erfolgte der Tod in 8 Fällen durch Krankheiten des Hirns und dessen Pertinenzien; in 12 Fällen durch Krankheiten der Brustorgane; in 5 Fällen durch Krankheiten der Unterleibsorgane; in 5 Fällen durch Krankheiten der Constitution.

Director Dr. *Maeder*.

Ueberzählige Hirnwindung in Maniaco homicida und Satiriaco. — (Circonvoluzione cerebrale supernumeraria in un Maniaco omicida et Sa-

tiriaco) brieflich mitgetheilt von *Giuseppe Mainardi*, Primärarzt an der Irrenanstalt von Cremona an Prof. *C. Lombroso.*[1])

Es ist dieser Fall von grosser Bedeutung für Psychiatrik und für gerichtliche Medicin. Es handelt sich hier um einen Menschen, welcher leicht als geisteskrank zu erkennen war, dessen Organ der Intelligenz seltsam entartet war — und welcher dennoch als Mörder und Schänder konnte verurtheilt werden, weil das Motiv zum Verbrechen herstellbar und nachzuweisen war. Es findet sich nemlich in diesem Falle jenes Zusammentreffen vor, welches Psychologen und Historiker so oftmals zwischen Geilheit und Blutdurst nachgewiesen haben. Beim Individuum des Falles war Geilheit derartig übermässig und mit Blutdurst verbunden, dass es bis zur Tödtung von Ochsen getrieben ward. Dem hypertrophischen oder überzähligen Hirntheil entsprach durchaus nicht eine besondere Entwicklung der psychischen Fähigkeiten, wie sie Phrenologen bezeichnet haben. Giovanni Grassi, 23 Jahr alt, sanguinischen Temperamentes, Landmann, kam aus den Criminal-Kerkern, wohin er wegen Mordes war gebracht worden. Als man nemlich an ihm Spuren von Geistesstörung gewahrte, wurde er in die Provinzial-Irrenanstalt geführt. Der Gesammteindruck desselben stellte eine Geisteskrankheit dar mit Tendenz zur Dementia. Er war in sich gekehrt, unbeweglichen Blickes, gab auf gestellte Fragen nur einsylbige Antworten, schien Furcht zu verrathen gegen Alle und Alles, was ihn umgab. Während der ersten Tage seines Aufenthaltes benahm er sich argwöhnisch, misstrauisch — er suchte sich seinen Genossen nicht zu nähern, man musste ihn bitten, Speise zu sich zu nehmen. Im Uebrigen war er ruhig, sich und anderen unschädlich. Nachfragen bei seinen Verwandten und Landsleuten, stellten ihn als Idioten dar schon von Geburt an — in seiner Heimath selbst war er als Narr bekannt. Nach Ablauf einiger Zeit fragte man ihn, warum er eingekerkert worden, und mit aller Gelassenheit erzählte er mit gebrochenen, langsam vorgebrachten Worten, wie folgt: „Ich war in beständigem Streite mit meinem Bruder, der unter anderem auch mein Leben bedrohte. Von dieser Zeit an schlief ich nicht mehr ruhig und den Verdacht hegend, er möchte mich schlagen oder misshandeln, nahm ich Nachts stets ein Messer zu mir, das ich unter dem Kopfkissen verbarg. Während einer Nacht kam mich Verlangen an nach meiner schönen Base, die im oberen Stockwerke des nemlichen Hauses schlief. Ich stand auf, stieg hinauf und pochte an ihrer Thüre unter dem Vorwande, ich müsse ein Hemd haben. Sie weigerte sich, aufzumachen, worauf ich in mein Gemach zurückkehrte, um mein Messer zu holen und vermittels einer Handleiter zum Fenster meiner Base einzusteigen, welche ich zu schänden trachtete. Sie leistete grossen Widerstand und fing zu schreien an; erbittert stiess ich ihr 10 Mal das Messer in die

[1]) M. vergl. dessen eigenen Fall in *Virchow's* Archiv vom 12. Mai 1871. S. 560.

Brust und den Unterleib. Beim Oeffnen der Thüre, um mich zu entfernen, kam mir ihr Vater entgegen mit Drohungen fragend, was ich hier zu schaffen hätte? Ohne Zögern versetzte ich ihm zwei Stiche und streckte ihn todt auf die Stiege nieder. Als ich diese hinabstieg, stellte sich ein anderer Onkel mir entgegen, der mir wie der erste mit Schreien und Drohungen nahe kam, worauf ich ihn an der Gurgel packte und mit zwei gut geführten Messerstichen gleichfalls zu Boden streckte. Darauf hin sprang ich die Treppe hinauf und bedeckte die Leichen mit drei Leintüchern. Von da weg begab ich mich nach der Tenne und rufe das Weib des Ochsenbauers, welche sonst stets meinen Umarmungen nicht abhold war und lade sie ein, meine von der Base nicht gestillten Lüste zu befriedigen. Während ich auf sie wartete, sehe ich meinen Vater mit einem Pfahl in der Hand kommen, und weinend mir gebieten, das noch von Blut triefende Messer wegzuwerfen. Ich mache einen Satz um ihn zu packen; er aber versetzte mir einen Schlag. Da jedoch die Schläge von Vätern stets leichter sind, aus Furcht, ein Kind zu verstümmeln oder ihm grossen Schaden zuzufügen, ritzte er mir kaum die Schulter auf und ich hatte Zeit, ihm das Messer in die Seite zu stossen. In der Meinung, ihn umgebracht zu haben, erhob ich meine Waffe und begab mich in den Ochsenstall, um sie alle niederzustechen; allein denken Sie sich meine Fatalität! Die Messerspitze war krumm gebogen und meine Stösse bleiben fruchtlos. Indessen den Lärm von Stimmen im Hofe hörend, springe ich dahin, um die Ursache zu erfahren und gewahre eine Menge von Bauern, die mich umringen und mit Stricken zu binden trachten. Nachdem ich mir mit Faustschlägen Bahn gebrochen hatte, laufe ich auf der Strasse davon, von ihnen verfolgt. Indem ich aber bemerke, dass ich eingeholt werde, versuche ich, ihnen über die Felder hinweg zu entkommen und überspringe einen Graben, allein durch einen Fehltritt mit dem Fusse falle ich bis an den Hals ins Wasser. So ward es ihnen leicht, mich abzufassen und in den Kerker zu führen."

Es bietet dieser Mensch einen Original-Typus von Geistesstörung, indem er die kleinsten Einzelheiten seines Verbrechens im Gedächtnisse behalten hatte, und dabei eine solche Apathie bewahrte, dass seine Erzählung bei Jedem, der ihn hörte, Schauder erregen musste. Während der 18 Monate, welche er in der Anstalt verbrachte, blieb er stets schweigsam, isolirte sich von Anderen, trug den Kopf auf die Brust gesenkt, die Augen starr auf den Boden geheftet. Sowie man ihn aber ansprach, war er stets bereit, mit erhobenem Kopfe auf jede Frage Antwort zu geben, auch erzählte er seine That stets mit derselben Genauigkeit und Unbefangenheit, gerade wie wenn er eine ganz unschuldige That zu erzählen hätte. Wenn er zuweilen deren Erzählung vollendet hatte, frug er, ob er vielleicht unrecht gehandelt habe, und ob ihm Gefahr der Bestrafung drohe, — dann wurde er wieder schweigsam und reglos. Beim ersten Anschein schien er blödsinnig zu sein, mit Neigung zur Dementia — wenn ihn aber ein Alienist im Momente, wo er von seinem Verbrechen sprach, prüfte, so würde er seine

Krankheit für Melancholia homicida erklären. Es mag nun aber die eine oder andere prävaliren, soviel genügte zu wissen, dass er eben ein Subjekt sei, das steter Ueberwachung bedürfte, um ernste Vorfälle zu vermeiden, erzeugt aus seinem unerklärbaren Charakter oder aus den versteckten Machinationen seines zerrütteten Geistes. Nachdem dieser 23jährige Giovanni Grassi circa 18 Monate im Irrenhause verwahrt worden, wo man nur sein physisches Wohl zu fördern bestrebt war, kränkelte er dahin und starb. Die Nekroskopie ergab: Körper mittlerer Statur, sehr abgemagert, mit ausgebreiteten Leberflecken an Brust und Unterleib. Die Schädeldecke war etwas dicker als gewöhnlich. Der Sinus longitudinalis fand sich ganz blutleer, ein ganz kleiner Blutklumpen fibrinöser Natur zeigte sich in der Nähe des Torcular Erophili. Auf vier Fünftel von der Christa galli und ein Fünftel vom Tuberculum occipitale int. der Spitze der Satura lamboid. entsprechend fand sich im Sinus ein bohnendicker Körper am linken Hirnlappen haftend. Dieser Körper, der beim ersten Anschein eine Anschwellung der Pacchionischen Körperchen zu sein schien, wies sich nach genauer Prüfung als Hirnsubstanz nach. Er war von der Dura mater überzogen und nichts anderes als der Obertheil einer Hirnwindung von seiner Umhüllung vorgeschoben. Dura mater natürlich — die beiden anderen Häute sehr hyperämisch, namentlich nach vorne zu. Die Hirnkrümmungen waren sehr tief und markirt — die graue Substanz war allenthalben sehr weich, jene des Kleinhirns und der Corp. striat. fast zerfallen, — die weisse Substanz war beim Durchschneiden glänzend und Serum ausschwitzend, auch weicher als im gewöhnlichen Zustande. Die Seitenventrikel waren mit klarer Flüssigkeit gefüllt, und etwas asymmetrisch zur grösseren Entwicklung des linken Corpus striat. — Der linke Thalam. optic. wies im linken Theile seines Centrum einen kleinen Herd von Apoplexia capillaris nach und beide Substanzen waren allenthalben ziemlich punktirt. Die Basilar-Theile fand man erweicht, sowie jene des vierten Ventrikels und ganz besonders die Valvula Vieussen., *Malnarne's* Katzenzunge und die Ursprünge der siebenten und achten Hirnpaare. Ausserdem zeigten sich die Basilar-Sinus weit und voll aufgelösten Blutes — aus der Vertebral-Höhle sickerte bedeutende Quantität von Serum hervor. Die Schädelbasis zeigte sich endlich etwas asymmetrisch. Die Brust: das vordere Mediastin war ganz von einem aus einer fibrinös-blutigen Kapsel bestehenden Exsudate eingenommen, röthliches aufgelöstes Blut enthaltend. Diese Ausschwitzung erstreckt sich ohne Unterbrechung auf die ganze Basis der rechten Lunge, wo sie 2 Zoll dick war, und noch weiterhin auf den ganzen hinteren Theil derselben Lunge. Obschon man genau und fleissig die Präcordien und die Oberfläche der Lunge untersuchte, liess sich dennoch der Ausgang dieser Blutung nicht herstellen, sie musste älteren Datums und anders woher erfolgt sein. Die rechte Lunge liess im Centro des unteren Lappens eine Geschwulst von Nuss-Grösse gewahren, hart, dem Schnitte Widerstand leistend, an der Oberfläche schwärzlich gefärbt, blass-

gelb im Innern, und beim Drucke eine teigartig-schmierige Substanz entleerend. Im übrigen Lungengewebe befanden sich ausserdem noch 3—4 solche, aber kleinere Geschwülste. Es ist dasselbe ausgedehnt, knisternd beim Einschneiden, leichter als Wasser und auf den Durchschnittsflächen grosse Menge einer weissen schäumigen Flüssigkeit ausschwitzend. Die linke Lunge frei von heterogenem Gewebe und in ihrem Hintertheile zusammengedrückt, der in einem Pfunde von hellem gelben Serum schwamm, während der untere Theil sehr hyperämisch im Centrum hepatisirt mit rothen und grauen Punkten sich darstellte. Bis in die kleinsten Kanäle verbreitet sich Bronchitis. Das Herz war voluminös, sehr weitwandig, fleckig, zerreiblich, blassroth. Die Bronchialdrüsen waren mehr oder weniger hypertrophisch — eine davon bis zur Nuss-Grösse — alle an der Oberfläche aus einer dunkelschwarzen und im Centrum von einer blassgelben Substanz gebildet — alle aber waren sehr hart. Die Leber war um das Doppelte ihres Normalstandes vergrössert — ihr Gewebe bot nichts Bemerkenswerthes. Milz gleichfalls hypertrophirt, sehr zerreiblich — deren Gewebe matsch, dunkelweinroth gefärbt.

Der physisch-pathologische Zustand des Kranken stellte sich demnach als sehr complicirt heraus: „Umschriebene Hirnhypertrophie — meningocerebrale Hyperämie mit Oedem — Intra-Pulmonar-Blutung — Cancer der Lunge und der Bronchialdrüsen — seröse Effusien im linken Pleura-Sacke — bilaterale Bronchitis-gastro-enteritis (Archivio italiano per le malatie nervose e le alienazioni mentali. Fascicol. v. 1. Sept. 1871. S. 300).

. Dr. *Ullersperger.*

Ueber hysterische Contracturen. — *Charcot* bespricht in einem Vortrage (Gazette des hôpitaux 140 und 141, 1871) die Charaktere der hysterischen Contracturen.

Es fehlt trotz der hemiplegischen Form der Affection die Lähmung des N. facialis, welche bei der von Herderkrankung des Gehirnes abhängigen Lähmung fast immer vorhanden ist.

Auf der hemiplegischen Seite findet man eine meist genau durch die Mittellinie begrenzte Analgesie oder sogar Anästhesie. Dieses Symptom ist für die Hysterie sehr charakteristisch, bei cerebraler Hemiplegie wird es kaum je, bei spinaler auf der der Lähmung entgegengesetzten Körperhälfte beobachtet.

Die Anamnese giebt meist einige Anhaltspunkte für die Diagnose. Meist haben die Kranken über Unregelmässigkeiten der menstrualen Blutungen, Schmerzen bei Druck auf das eine oder andere Ovarium, über Harnverhaltung u. s. w. zu klagen. Bei vielen sind der Hemiplegie Anfälle von Convulsionen vorangegangen.

Namentlich sind Auftreibungen des Unterleibes, die schon erwähnte Empfindlichkeit der Ovarien und Harnverhaltung sehr häufig vorkommende Podrane der hysterischen Hemiplegie.

Wenn sich bei hysterischen Hemiplegien Contracturen entwickeln, so betreffen diese vorzugsweise die untere, nach cerebralen Hemiplegien mit Vorliebe die obere Extremität, ausserdem kommen sie bei Hysterischen oft ganz plötzlich, nach Hirnblutungen oder Hirnerweichungen aber nur allmälig und langsam zunehmend vor.

Sehr bezeichnend für die Entstehung einer solchen Lähmung, resp. Contractur auf hysterischem Boden ist die Art der Heilung. Das Uebel, es mag noch so lange bestanden haben, kann plötzlich zur Heilung kommen, ohne dass eine Spur davon zurückbleibt. Eine intensive psychische Erregung, irgend welche Ereignisse, die einen mächtigen Einfluss auf die Phantasie des kranken Individuums ausüben, das Wiedererscheinen menstrualer Blutung etc. geben zu solchen unerwarteten Heilungen Anlass.

Es folgt aber aus ähnlichen Erfahrungen durchaus nicht, dass man mit Sicherheit auf den Eintritt der Heilung rechnen könne

Ch. kennt Fälle von hysterischer Lähmung und Contractur, welche mehrere Male geheilt und recidivirt und endlich definitiv geblieben sind.

In einem solchen Falle fand er bei der Nekroskopie eine Sklerose, die symmetrisch beide Seitenstränge nahezu durch die ganze Länge des Rückenmarkes einnahm. Veränderungen der Seitenstränge, u. z. mehr weniger ihrer hinteren Partien, die aber bei der Sklerosis disseminata die Krankheitsherde enthalten, von denen permanente Contracturen abgeleitet werden müssen, bedingen also auch oft bei der Hysterie dasselbe Symptom, welches dann eben so wenig auf eine plötzliche Art geheilt werden kann.

Sichere Anhaltspunkte dafür, ob man solche unheilbare Fälle vor sich habe, kann man aus der Beobachtung kaum gewinnen.

Muskelatrophie, die auf einzelne Muskelgruppen beschränkt bleibt, fibrilläres Muskelzucken und Verminderung der electromusculären Contractilität erlauben die Vermuthung, dass es zu Läsionen der Seitenstränge und der vorderen Hörner der grauen Substanz bereits gekommen ist.

Wenn die Contractur während der Chloroformnarkose nur langsam oder sogar garnicht oder nur unvollständig schwindet, so kann man sicher sein, dass eine organische Veränderung des Rückenmarks eingetreten ist.

In jedem Falle aber muss man daran festhalten, dass auch die Sklerose der Seitenstränge keine absolut unheilbare Affection ist.

(Wien. med. Wochenschr. 1872. 3).

Ernährung per anum nach Leube. — Man bereitet das Fleis (Rindfleisch) am besten in der Weise vor, dass man dasselbe erst s und das Geschabte zum Schlusse noch recht fein zerhackt. Von de

hackten Masse werden 150—300 Gramm auf eine Injection genommen und 50—100 Gramm der vom Fett möglichst befreiten, ebenfalls fein zerhackten Bauchspeicheldrüse zugesetzt. Das Gemisch wird in einer Schale mit dem Pistill oder Kochlöffel unter Zusatz von wenig lauwarmem Wasser (bis 150 Cc.) zu einem dicken Brei angerührt. Der Zusatz von Wasser ist absolut nothwendig, um eine Consistenz der Injectionsmasse zu erreichen, die ein Durchtreiben derselben durch das Endstück einer Klystierspritze zulässt. Das Wasser selbst muss erwärmt sein, weil kaltes Wasser gar zu leicht als Reiz auf die Schleimhaut des Mastdarms wirken und zu rascher Entleerung des Eingespritzten beitragen kann. Im Uebrigen ist es wohl kaum nöthig, mit dem Thermometer die Temperatur des Wassers auf Körpertemperaturhöhe zu bringen; es genügt wohl immer schätzungsweise das Wasser „lauwarm" zu nehmen, welcher Temperatur-Begriff ungefähr zwischen 30—40° C. liegen wird. Will man mit der Eiweissverdauung auch eine Verdauung von Fett verbinden, so giebt man zu der obigen Mischung 25—50 Gramm Fett ($^1/_6$ der Fleischmenge) zu und verarbeitet diesen Zusatz am besten nach schwacher Erwärmung des Pistills recht innig mit der Fleischpankreasmasse. Man kann auf diese Weise eine Mischung herstellen, die einer vollständigen Emulsion gleichkommt.

(Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1872. Hft. 2. S. 9).

Ueber Trunksucht und Irresein. — Die Regierung Englands wünscht vom Bundesrathe in der Schweiz darüber Auskunft:

1) Ob nach den Erfahrungen der ärztlichen Praxis die Trunksucht als ein Einfluss von Geistesstörung, als das Ergebniss des Missbrauches geistiger Getränke zu betrachten sei?

2) Ob die Aerzte der Ansicht huldigen, die Trunksucht sei als eine Krankheit zu behandeln, oder ob sie dieselbe als ein durch das Gesetz zu strafendes Vergehen betrachten? Nach Einholung des Gutachtens der medizinischen Gesellschaft, beantwortete der Regierungsrath, so viel an ihm diese Frage wie folgt:

Unsere Aerzte constatiren, dass unzweifelhaft in vielen Fällen die Trunksucht ein Symptom bereits bestehender oder beginnender Geisteskrankheit sei, in vielen solcher Fälle könne dieselbe für lange Zeit, ja sogar dauernd, das, wenn auch nicht einzige, so doch weitaus hervorstechendste Symptom der Geistesstörung sein; anderseits sei es unzweifelhaft, dass in vielen, vielleicht noch mehreren Fällen die Geistesstörung als Folge der Trunksucht auftrete. Ueber die zweite Frage lehne die medizinicshe Gesellschaft die Antwort ab, da deren Entscheidung nicht vor ihr Forum gehöre. Hierüber glaubt der Regierungsrath indess die Bestimmungen der hiesigen Strafgesetze anführen zu sollen. Ein gegen Sitte und Anstand

verstossendes, öffentliches Aergerniss erregendes Benehmen werde bis auf 40 Fr. Busse und im Wiederholungsfalle bis zu 8 Tagen Gefängniss bestraft. —

Bestehender Praxis gemäss, verfallen viele Trunkenbolde, selbst nicht gewohnheitsmässige Trinker, dieser Strafe. Hat die Trunksucht die Vernachlässigung der materiellen Familienpflichten zur Folge, so könne nach dem Armen-Polizeigesetze Arbeits-Haus bis zu 2 Jahren verhängt werden. Sei irgend ein Vergehen dem übermässigen Genusse von Wein oder anderen geistigen Getränken zuzuschreiben, so gestatte das Strafgesetz-Buch, neben der Hauptstrafe, auf zweijähriges Verbot des Besuches der Wirthschaften zu erkennen; die Uebertretung dieses Verbotes wird mit höchstens 20 Tagen Gefängniss bestraft.

(National-Zeitung 1871. No. 400).

Erleichterung der Aufnahme in Irrenanstalten. — Der schlechte Verlauf, den gewöhnlich die Heilung Geisteskranker zu nehmen pflegt, lässt sich sehr häufig darauf zurückführen, dass den Kranken im Anfange ihres Leidens nicht die gebührende Aufmerksamkeit und Pflege gewidmet worden ist. Um dieser populären Scheu gegen Irrenhaus und Irrenarzt entgegenzuwirken, hält man es nach dem „Pr. Volksbl." an maassgebender Stelle für zweckmässig, dass diejenigen Geisteskranken der dritten Verpflegungsklasse — zahlungsfähige sowohl wie unvermögende — welche in die Provinzial-Irrenanstalten eingeliefert werden, für das erste Jahr von der Zahlung des Pflegegeldes frei bleiben, wenn nach Anerkenntniss des betreffenden Anstaltsdirectors die Einlieferung des Kranken in die Anstalt innerhalb der ersten Monate nach Ausbruch der Geisteskrankheit erfolgt und wenn zugleich nachgewiesen wird, dass Seitens der Angehörigen beziehungsweise der Gemeinden Nichts versäumt worden ist, um baldige Aufnahme zu erwirken. (Bekanntlich sind ähnliche Einrichtungen schon in Illenau, Marsberg, Lengerich u. s. w. getroffen worden. Es wäre von Interesse, die dort gemachten Erfahrungen zur öffentlichen Kenntniss zu bringen, da doch auch manche Bedenken bei der meist vorhandenen Unmöglichkeit, ärztlich den Beginn der Krankheit festzustellen, vorhanden sind, während die Directionen um so abhängiger werden, je mehr Geld sie für ihre Anstalten von ihren Behörden beanspruchen müssen. Ref.).

(Voss. Ztg. 1872. No. 262).

Kosten für Untersuchung Irrer. — Die Minister des Innern und der geistlichen etc. Angelegenheiten haben den Antrag einer Regierung über die Anwendung der in dem gemeinschaftlichen Erlass vom 8. Juli 1867 ausgesprochenen generellen Grundsätze bezüglich der Verpflichtung zur

Tragung der Kosten für Untersuchung geisteskranker Personen eine für alle Fälle erschöpfende Instruction zu ertheilen, abgelehnt.

Als Motiv führen die Minister aus, dass die Frage, ob die Lokal-Polizeibehörde vermöge der ihr obliegenden Fürsorge gegen gemeingefährliche Handlungen Geisteskranker verpflichtet erscheine, die ärztliche Untersuchung eines Kranken bewirken zu lassen, stets nur nach den Umständen des gegebenen Falles zu beantworten sei.

Was aber diejenigen Fälle betreffe, in welchen es sich darum handelt, das in dem Reglement für eine ständische Provinzial-Irrenanstalt zur Aufnahme Kranker in die Anstalt vorgeschriebene Gutachten des Kreisphysikus zu beschaffen, so können die Kosten dieses Gutachtens dem Fiskus nicht zur Last gelegt werden. Dieselben müssen vielmehr von den Personen oder Ortsbehörden getragen werden, welche die Aufnahme eines Kranken in die Anstalt nachsuchen und welchen das Reglement die Verpflichtung auferlegt, das gedachte ärztliche Attest als Beleg des Aufnahmegesuchs beizubringen. In Fallen aber wo die Gemeingefährlichkeit eines in eine Irrenanstalt Aufzunehmenden durch einen zuverlässigen nicht beamteten Arzt gehörig begutachtet ist, empfehle es sich, entweder von der nochmaligen Untersuchung durch den Kreisphysikus ganz abzusehen, oder, wenn dies nach Lage des Falles bedenklich erscheine, der betreffenden Orts-Polizeibehörde die Beibringung des Physikats-Gutachtens aufzugeben.

(Voss. Ztg. 1872. 228).

Ueber die Einwirkung der Ereignisse des Jahres 1870 *und* 1871 *auf die Entwickelung der geistigen Krankheiten in Frankreich* entnehmen wir einem Berichte *Lunier*'s folgende Angaben:

Vom 1. Juli 1869 bis zum gleichen Tage 1870 wurden 11,655 Geisteskranke in die Irrenhäuser aufgenommen, in demselben Zeitraum von 1870 bis 1871 nur 10,243, also 1412 weniger. Am 1. Januar 1871 enthielten die Irrenhäuser Frankreichs 64 Kranke weniger als am gleichen Tage des vorhergehenden Jahres, und am 1. Januar 1872 waren deren sogar 713 weniger. Bei 13 pCt. der in dem Jahre vom Juli 1870 bis 1871 Aufgenommenen waren die politischen Ereignisse als Ursache des Wahnsinns anzunehmen, und vom Juli bis December 1871 wurden 400 weitere Kranke, bei denen dieselbe Ursache vorauszusetzen war, aufgenommen. *Lunier* glaubt, dass die Kriegsereignisse den Ausbruch von 17—1800 Wahnsinnsfällen bewirkt haben, dass sie dagegen eine Verminderung von 3000 in der Gesammtzahl der jährlich in Verpflegung gelangenden Wahnsinnigen hervorgebracht haben. Die Ursache der letzteren Erscheinung sucht er in den Störungen des Betriebs der betreffenden Anstalten, in grösserer Strenge bei der Beurtheilung der Nothwendigkeit der Aufnahme, in Störung der Nei-

gung zu Geisteskrankheit, in rascherem Verlauf einzelner Fälle und in der Verminderung des Missbrauchs geistiger Getränke.

(Mecklenb. Ztg. No. 233 (vom 8. Novb. 1872).

Restraint in England. — In der Jahresversammlung der britischen Aerzte und zwar in der psychiatrischen Section konnten die Dr. *M. Lindsay* und Dr. *St. Haynes* constatiren, dass eine Reaction betreffs des mechanischen. Restraint bei Irren in England sich geltend mache. Der letztere äussert, dass es nothwendig sei, jede Sentimentalität bei Anwendung der mech. Beschränkung auszuschliessen und sie anzuwenden, nachdem jedes andere Mittel fruchtlos gewesen sei. Er bestreitet einen Missbrauch bei der Aufsicht und Oeffentlichkeit in den Asylen.

(Brit. Med. J. 1872. No. 608).

Aus Holland. — Die Verhandlungen der 2. Kammer in Amsterdam über das indische Budget boten weiter nichts Bemerkenswerthes, als dass dabei wieder einige grelle Streiflichter auf die in hiesigen Kreisen noch häufig herrschenden Anschauungen über Colonialpolitik fielen. Bei Behandlung eines Ausgabepostens für eine auf Java zu errichtende Irrenanstalt meinte der conservative Abgeordnete Nierstrass, die javanischen Irren könnten, da sie, wie der Colonial-Minister bestätige, sehr sanftmüthig seien, füglich bei den öffentlichen Bauten verwendet werden, wie solches ja auch schon geschehe. Arbeiten sollen die Aermsten wohl, Verpflegung haben sie nicht nöthig. Der liberale Abgeordnete van Houten wollte den Posten streichen, um die Steuerlast in Indien nicht zu erschweren. Nur die allernöthigsten Ausgaben dürften gemacht werden; Gelder für eine Irrenanstalt, eine philantropische Einrichtung, erhöhen das Budget unnöthiger Weise. Man will wohl 10 Millionen und noch mehr von den durch die Javanen aufgebrachten Steuern in die eigene Tasche stecken, aber einige hunderttausend Gulden mehr als eben nöthig für die Indier selbst auszugeben, das wäre wohl gar Verschwendung. Schliesslich wurde aber der Posten doch gebilligt. (Voss. Zeitung 1872. No. 261).

Fest in Hayward's Heath. — Die dreizehnte jährliche Feier der Eröffnung der Sussex Lunatic Asylum, Hayward's Heath, ist Donnerstag den 25. Juli gehalten worden. Folgendes war das Programm der Feier. Mittags Morgengebet mit Festpredigt, durch den Rev. Francis Kirkpatrick, Vicar von West Heathly. Von 1—2 Uhr Diner (Roastbeef und Plum pudding). Um 1½ Frühstück für die Gäste in der Erholungshalle. Von 2 bis 3½ Spiele auf den Plätzen, gymnastische Uebungen, wobei Squire's

Brighton's Musikbande spielen wird. Um $3^1/_2$ wird Mr. Basil Young eine musikalische und komische Vorstellung geben. Um 6 Uhr Thee. Um 7 Kranken-Ball. Schluss um 9 Uhr. Der Ball für den Haushalt wird Statt finden Mittwoch, den 31. Juli von 9 Uhr Abends bis 3 Uhr Morgens, wobei die Musik von Mr. Squire's Brighton's Quadrillen-Kapelle executirt wird. (Brit. med. J. 1872. No. 608).

Illustration zum neuen Gewerbegesetze. — In den Zeitungen circulirt jetzt mit fetter Schrift folgende Annonce: „Wohl zu beachten. Geisteskranke beiderlei Geschlechts werden gründlich curirt. Bezahlung bei beendeter Cur nach Belieben. Bedingungen, dass die Cur im Hause, wo die resp. Kranken sich befinden, vorgenommen werden kann. Gefl. Adressen befördert sub W. 7781 die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse in Berlin." (!)

Personal-Nachrichten.

Dr. *Schlager*, Prof. a. d. Univ. und Landesgerichtsarzt zu Wien ist zum Director der n. ö. Landesirrenanstalt,

Dr. *Henne* zum Director der St. Gallischen Irrenanstalt zu Pirminsberg,

Dr. *Tigges*, 2. Arzt der Prov. Irrenanstalt zu Marsberg, zum 2. Arzt der Irrenanstalt zu Stephansfeld bei Brumat im Elsass,

Dr. *Snell*, Medicinalrath und Director der provinzialständischen Irrenanstalt zu Hildesheim zum Geheimen Sanitätsrath ernannt worden.

Dr. *Reumont*, Sanitätsrath in Aachen hat das Ritterkreuz des Kgl. Schwedischen Nordstern-Ordens erhalten.

Das Lachen in seiner physiologischen und psychologischen Bedeutung.

Von

Dr. **Ewald Hecker,**

2. Arzt der Anstalt für Nerven- und Gemüthskranke in Görlitz.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass den meisten Reflexbewegungen eine scheinbar vernünftige Ueberlegung, die scheinbar absichtliche Verfolgung eines bestimmten den Schutz des Organismus im Auge habenden Zweckes zu Grunde liegt. Haben vor Allem die Beobachtungen am decapitirten Frosch zu dieser Erfahrung das Material geliefert, so geben einzelne der sogenannten Reflexkrämpfe, die wir am lebenden Menschen beobachten, dafür ebenfalls einen treffenden Beweis. Beim Husten und Niesen kann es doch nicht zweifelhaft sein, dass diese Bewegungen lediglich dazu da sind, um fremde, die Schleimhaut reizende Körper resp. Schleimmassen aus den Luftwegen zu entfernen. *Lotze* sagt mit Rücksicht auf diese Bewegungen, die Natur sei mit Recht misstrauisch gegen unseren Erfindungsgeist gewesen und habe die Vertheidigung unserer Gesundheit lieber dem Mechanismus als der Ueberlegung anvertraut. Wie wenig Antheil unsere Seele an der zweckmässigen Einrichtung jener Bewegungen habe, sehe man daraus, dass wir dieselben oft gar nicht begreifen nachdem sie da sind, noch viel weniger sie erfinden würden.

Dieser Ausspruch *Lotze*'s gab mir die Veranlassung einige andere respiratorische Reflexkrämpfe nämlich das Lachen,

Weinen und Gähnen in dieser Beziehung zu prüfen und nach ihrem Zwecke resp. ihren Leistungen für die Erhaltung des Organismus zu forschen. Besonders verlockend zur Verfolgung dieses Themas war für mich abgesehen von dem rein physiologischen Interesse vor allen Dingen die Aussicht auf eine hierdurch möglich scheinende physiologische Begründung psychologischer Processe.

Die angeführten Reflexkrämpfe des Lachens, Weinens (in seinen beiden Phasen als Schreien und Schluchzen) sowie des Gähnens werden nämlich nicht allein durch gewisse Einwirkungen auf sensible Nerven d. h. durch Kitzel, Schmerz und nervöse Erschöpfung, sondern auch zweitens durch gewisse psychische Zustände in Folge des Komischen, Rührenden und Langweiligen herbeigeführt.

Gelingt es nun, für das Lachen, Weinen und Gähnen, sofern diese Bewegungen auf Reizung sensibler Nerven antworten, einen bestimmten Zweck nachzuweisen, indem jene Krämpfe etwa eine durch Kitzel, Schmerz oder Erschöpfung den Organismus bedrohende Schädlichkeit beseitigen, so liegt der Schluss nahe, dass das Lachen, Weinen und Gähnen, welches in Folge der oben genannten psychischen Ursachen entsteht, denselben Schädlichkeiten steuern soll und wir könnten damit die anatomisch physiologischen Veränderungen constatiren, welche durch Einwirkung des Komischen, Rührenden und Langweiligen erzeugt werden.

Ich werde im Folgenden nun das Resultat meiner Untersuchungen, soweit sie das Lachen betreffen, kurz mittheilen.

Wir sprechen zunächst von dem Lachen aus körperlicher Ursache, von dem Lachen in Folge des Kitzels. Der Kitzel charakterisirt sich als eine in kurzen Intermissionen wiederholte leichte Reizung der Tastnerven. Nach *Schiff*'s Angabe scheint die beständige Schwankung in der Intensität des Reizes das Wesentliche zu sein; denn man erhält nach ihm die eigenthümliche Kitzelwirkung auch dann, wenn man einen Menschen in schneller Folge an immer anderen Hautstellen mit den Fingerspitzen ziemlich stark stösst.

Es fragt sich nun, welche Wirkung ein so gestalteter Hautreiz auf den Organismus ausübt? Die Untersuchungen

von Dr. *Oswald Naumann* (über die physiologischen Wirkungen der Hautreizmittel [1])), die sich auch gerade auf leise Hautreize erstrecken, sowie eine Reihe in neuerer Zeit durch *Nothnagel*, *Heidenhain* u. A. angestellte Experimente haben bekanntlich gezeigt, dass Hautreize resp. Reizungen sensibler Nerven eine reflectorische Reizung des Sympathicus zur Folge haben, die sich in allgemeiner Gefässverengerung ausspricht. — Wenn nun auch, wie schon gesagt, die Experimente *Naumann*'s dieses Resultat selbst für ganz leise und leichte Hautreize sicher gestellt haben, so könnte es doch zweifelhaft erscheinen, ob auch ein so vorübergehender wechselnder Reiz wie der Kitzel einen ähnlichen Effekt hat. A priori, wenn wir dem Kitzel eine solche Wirkung zugestehen, würden wir entsprechend der durch ihn verursachten intermittirenden schwankenden Reizung eine intermittirende Erregung des Sympathicus erwarten können. Um nun diese Frage experimentell zu entscheiden, scheinen mir die Versuche an Thieren weniger geeignet, weil wir an diesen eine specifische Wirkung des Kitzels (dem Lachen des Menschen entsprechend) nicht kennen. Es bietet sich ja nun aber zur Veranschaulichung der geschehenen Sympathikusreizung am lebenden Menschen ein sehr bequemes und leicht zugängliches Beobachtungsobject in der Pupille, die sich ja bei Reizung des Sympathicus erweitern muss.

Das höchst einfache und leicht zu controllirende Experiment, das ich hierzu anstellte, ist folgendes. Man kitzelt mit einem Federbart oder Pinsel die Versuchsperson, welche mit ihren Augen einen Punkt unveränderlich fixiren muss, an einer besonders reizbaren Stelle (Ohr, Volarseite des Vorderarms oder Fusssohle) und beobachtet dabei die Pupillen, nachdem man sich vorher von der Weite derselben und von den oft normaler Weise namentlich bei der Respiration eintretenden Schwankungen eine Zeit lang überzeugt hat. Unmittelbar nach erfolgtem Kitzeln (die Versuchsperson muss dabei angeben, ob sie wirklich ein Kitzeln spürt) sieht man eine zwar geringe aber ganz deutlich constatirbar schwankende Erweiterung der Pupillen. Bei jungen

[1]) Prager Vierteljahrsschrift 1863. Bd. I. p. 1 ff.

reizbaren Subjecten gelingt das Experiment fast immer und versagt nur bei öfterer Wiederholung, wobei aber auch gleichzeitig nach Angabe der betr. Person die Empfindlichkeit für den Kitzel abgenommen hat. Bei älteren Personen, deren Pupillen überhaupt träge reagiren, sah ich die Wirkung einige Male ausbleiben. — Jedenfalls aber ist aus diesem Experiment der Schluss zu ziehen, dass der Kitzel eine intermittirende Reizung des Sympathikus erzeugt; dass diese letztere nun wiederum eine schwankende Contraktion der Gefässe zur Folge hat, dürfte ebenfalls wohl kein Trugschluss sein. Da nun bekanntermaassen die mit besonders reichlicher Muskulatur begabten kleineren Arterien sich am ehesten zusammenziehen, so folgt daraus, dass die Organe, welche sich gerade durch ihren Reichthum an kleineren Arterien auszeichnen, wie vor Allem das Gehirn am meisten von dieser Wirkung des Hautreizes betroffen werden müssen. Wir kennen das Gehirn als ein sehr verletzliches Organ und wenn wir erwägen, wie ängstlich die Natur durch eine grosse Zahl von Vorrichtungen den Druck-Schwankungen im Gehirn vorzubeugen gesucht hat, so lässt es sich wohl vermuthen, dass die beim Kitzel auftretenden Schwankungen, hervorgerufen durch die schwankende Veränderung im Lumen der kleinen Arterien nicht ganz ohne Bedeutung sind. Die Geräumigkeit des Venensystems innerhalb der Schädelhöhe, die den Abfluss des Blutes und durch Fehlen der Klappen seine Rückstauung bei etwaigen Druckschwankungen ungemein erleichtert, die von *Hyrtl* besonders beschriebene Gefässverbindung, in Folge deren die Venen des Gehirns und Rückenmarks in einem alternirenden Füllungsverhältnisse stehen, die Anwesenheit des Liquor cerebrospinalis dienen bekanntlich alle ein und demselben Zweck, bei plötzlicher stärkerer Blutfüllung oder Entleerung in einem Theile des cerebralen Kreislaufs, die dadurch hervorgerufene Abweichung vom mittleren Compressionszustande des Gehirns auszugleichen und unschädlich zu machen. Es würde sich nun fragen, ob die eben genannten Mittel ausreichend sind um die Druckschwankungen, denen das Gehirn durch die beim Kitzel auftretende Veränderung an den Gefässen ausgesetzt ist, zu compensiren.

Um diese Frage zu entscheiden, müssen wir noch genauer untersuchen, wie sich der auf dem Gehirn lastende Druck während der oben beschriebenen Veränderungen am Cirkulationsapparat verhält. Wir haben es in Folge des Kitzels mit einer Reizung des Sympathicus zu thun; dieselbe führt, wenn sie einen gewissen Grad erreicht, eine entschiedene Verengerung der Gefässe herbei, in geringeren Graden der Sympathicusreizung aber, wie wir sie bei dem gewöhnlichen leisen Kitzel annehmen müssen, wird als entschieden wesentlichstes Symptom neben der leichten Verengerung der Gefässe eine Vermehrung des Tonus der Gefässwand hervortreten. Diese plötzliche Vermehrung des Gefässtonus muss aber, selbst wenn sie ohne Verengerung der Gefässe auftreten könnte, an sich eine bedeutende Einwirkung auf den Compressionszustand des Gehirns entfalten, denn der Druck, welchen das in den Gefässen fliessende Blut auf das Gehirn ausübt, ist ja bekanntlich durchaus nicht gleich der Spannung, die innerhalb des Gefässrohres herrscht. Es wird vielmehr durch die tonisch gespannte Gefässwand ein bedeutender Theil des Druckes von der Gehirnmasse abgehalten, gewissermaassen parirt. Je stärker der Tonus der Gefässwand wird, um so grösser ist die Druckentlastung, welche die Gehirnmasse erfährt, ganz abgesehen von der durch Gefässcontraction verringerten Blutfülle. —

Jene oben genannten mechanischen Compensationsmittel, welche alle nur auf eine Vermehrung und Verringerung der Blutfülle berechnet sind, würden allein nicht im Stande sein, die beim Kitzel in Folge des gesteigerten Gefässtonus herbeigeführte Druckschwankung auszugleichen. Hierzu tritt aber ein anderes nicht minder wirksames Mittel in Thätigkeit, nämlich die Respiration in gewissen Modificationen. Die forcirte Ein- und Ausathmung übt bekanntlich eine energische Wirkung auf den Blutkreislauf aus. Während forcirte Inspirationen das Blut kräftig aus den Venen aufsaugen, rufen forcirte Exspirationen namentlich bei ganz oder theilweise verschlossener Stimmritze ein bedeutendes Rückstauen des Venenblutes hervor. Wir sehen die Jugularvenen anschwellen, das Gesicht blauroth werden und wissen, dass namentlich auch eine er-

hebliche Rückstauung des Blutes im Gehirn stattfindet, durch welche nach *Donders'* Beobachtung sich nicht allein die Gefässe sichtlich erweitern (*Donders* sah solche Erweiterungen von 0,04 Mm. auf 0,14 und von 0,07 auf 0,16 Mm.), sondern auch namentlich eine bedeutende Zunahme des Gehirndrucks stattfindet. —

Wollte also die Natur die durch den Kitzel herbeigeführten negativen Druckschwankungen im Gehirn ausgleichen, so konnte sie sich füglich dazu forcirter Exspirationsbewegungen bedienen. Nun ist ja aber in der That das Lachen eben nichts anders, als eine forcirte Ausathmungsbewegung bei theilweisem Verschluss der Stimmritze wie es zur Tonbildung erforderlich und es dürfte demnach der Schluss gerechtfertigt erscheinen, dass das Lachen eine zweckmässige Reflexbewegung ist, welche die durch den Kitzel verursachten negativen Druckschwankungen im Gehirn durch eine Drucksteigerung compensiren soll.

Dabei ist noch ein interessanter Punkt zu berücksichtigen. Wir sahen als ein wesentliches Charakteristikum des Kitzels die Schwankung und Intermission des Hautreizes an; ganz dem entsprechend erscheint das Lachen als eine intermittirende Ausathmungsbewegung, und wenn es sich auch nicht feststellen lässt, dass jedem einzelnen Hautreiz ein Exspirationsstoss entspricht, so ist diese allgemeine Uebereinstimmung doch auffällig genug, namentlich in Zusammenstellung mit den beim Schreien aus Schmerz stattfindenden Verhältnissen, wo eine länger dauernde resp. stärkere sensible Reizung mit folgendem anhaltendem Gefässkrampf eine anhaltende forcirte Exspiration (das Schreien) zur Folge hat, die erst weiterhin entsprechend der sekundären Gefäss-Lähmung und Erweiterung in eine forcirte Inspirationsbewegung, das Schluchzen, übergeht.

Wir können das Lachen in Bezug auf seinen Hauptcharakter der Intermission mit den sog. Zitterlähmungen und Wechselkrämpfen in Parallele stellen, welche *Valentin* als einen schwankenden Zustand der Bewegungsnerven auch geneigt ist, auf die durch den Blutlauf gegebenen Schwankungen in der Ernährung zurückzuführen.

Wir haben somit das Lachen, in sofern es eine Folge des Kitzels ist, in seiner Entstehung erklärt. Das Lachen, welches aus der Einwirkung des Komischen auf unser Gemüth entsteht, dürfte sich, nach dem Eingangs Gesagten voraussichtlich auf dieselbe physiologische Ursache zurückführen lassen und es kommt nur darauf an, ob wir im Stande sind, diese Voraussetzung als zutreffend zu beweisen. Das ist nun allerdings der Fall. Erstlich ist es, wenn auch unter bedeutend grösseren Schwierigkeiten möglich, jenes für den Kitzel angestellte Experiment auch für das Komische zu wiederholen; wenigstens ist mir dasselbe in einer freilich nur kleinen Zahl von Fällen doch mit Entschiedenheit gelungen: Wenn man Jemandem etwas Komisches erzählt, so kann man im Moment der Einwirkung des Komischen eine ganz plötzlich eintretende Pupillenerweiterung constatiren. Es leuchtet ein, dass dies Experiment grosse Schwierigkeiten darbietet. Es gehört dazu, dass die Versuchsperson mit ihren Augen einen bestimmten Punkt fixirt oder in's Weite sieht, da bei einer Veränderung des Fixationspunktes sich ja auch ohne dies die Weite der Pupillen verändert. In einer solchen gezwungenen Stellung und wo die Absicht durch eine Mittheilung oder Erzählung komisch zu wirken zu sehr gemerkt wird, bleibt aber meist der komische Effekt und somit natürlich auch seine physiologische Wirkung auf den Sympathicus aus. Es giebt aber auch noch einen anderen Weg um zu demselben Resultate zu gelangen, nämlich die psychologische Zergliederung des Komischen und psycho-physiologische Würdigung seiner einzelnen Elemente. — In einer demnächst im Buchhandel erscheinenden grösseren Arbeit: „Die Physiologie und Psychologie des Komischen“ habe ich diesen Weg wirklich eingeschlagen und auch auf diese Weise den Satz bestätigt gefunden, dass das Komische eine intermittirende Reizung des Sympathikus verursacht.

Ganz wie beim Kitzel entspricht auch beim Komischen dieser Reizung und ihren Folgen das Lachen als eine zweckmässige compensatorische Reflexbewegung.

Casuistik.

Obergutachten des Gesundheits-Raths in Bremen über den Geisteszustand des der Tödtung angeschuldigten E. J. — Unterm 20 Juni hat der Untersuchungs-Richter den Ges.-Rath aufgefordert in der Untersuchungssache wider E. J. wegen Tödtung ein Obergutachten abgeben zu wollen. Unter Hinweisung auf die beigefügten Acten, auf das Gutachten und dessen Nachtrag des Gerichtsarztes Dr. *H.* betont der Untersuchungsrichter, dass die betreffende Frage unter No. 2 nicht anders gestellt werden konnte. „Der Ausschluss der freien Willensbestimmung, sagt das Schreiben, ist in dem Sinne zu nehmen, der sich aus den Worten selbst ergiebt, also nicht dem einer blossen Beschränkung, Beeinträchtigung derselben, welche Ausdrücke im Gegentheil das Noch-Vorhandensein eines gewissen Maasses von freier Willensbestimmung voraussetzen, also mit dem völligen Ausschluss logisch unvereinbar sind. Sollte wirklich, wie in dem Gutachten des Gerichtsarztes mehrfach erwähnt wird, letzteres die medicinisch-wissenschaftliche Auslegung des Ausdrucks „Ausschluss der freien Willensbestimmung“ sein, so ist dieselbe der Beantwortung der Frage nicht zu Grunde zu legen. Dass aber die Auslegung jenes Ausdrucks dahin, dass darunter ein in völlige Aufhebung der freien Willensbestimmung übergehendes Maass von Beeinträchtigung derselben zu verstehen sei, eine specifisch juristische sei, ist nicht anzuerkennen.“

Der Gerichtsarzt hatte in seinem Gutachten bei dem Angeschuldigten „mindestens eine Beeinträchtigung der Willensfreiheit“ angenommen und gleichzeitig erklärt, dass der Angeschuldigte „unfrei gehandelt“ habe. Der unbestimmte Ausspruch des Gutachtens, aus welchem sich eine directe Bejahung oder Verneinung der Frage nicht erkennen lässt, hatte sodann die Anklagekammer veranlasst, zur Aufhellung der Zweifel eine nochmalige Befragung des Gerichtsarztes und eventuell die Einholung eines Obergutachtens zu verlangen. Der Gerichtsarzt hatte nun in dem Nachtrage zu seinem Gutachten das Wort „mindestens“ fallen lassen, und erklärte, beide Bezeichnungen „Unfreiheit des Handelns“ und „Beeinträchtigung der Wil-

lensfreiheit" für identisch gebraucht, sowie die Unmöglichkeit hervorgehoben zu haben, das Maass der Beeinträchtigung zu bestimmen und welches erforderlich sei, um die freie Willensbestimmung auszuschliessen. Der Gerichtsarzt hatte es eben nicht für zweifelhaft gehalten, „dass unter Ausschluss der freien Willensbestimmung ein ganz bestimmtes quantitatives Maass von Willensbeschränkung verstanden sei, welches dem Richter eventuell genügen sollte, die Zurechnung des Angeklagten zur Zeit der That auszuschliessen," hatte jedoch in diesem Sinne die Frage des Maasses nicht beantworten zu können geglaubt, weil die Feststellung jenes rechtlichen Begriffes nicht in seiner Competenz gelegen habe.

Der Untersuchungsrichter nimmt in seinem Schreiben an den Ges.-Rath an, dass der Gerichtsarzt sich der directen Beantwortung der an ihn gestellten Fragen entziehe und weist schliesslich auf das Gutachten der Kgl. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen in den Anlagen zu den Motiven des Strafgesetz-Entwurfs hin, in welchen die Begriffe „Ausschluss der freien Willensbestimmung" und „Beeinträchtigung derselben" als verschieden aufgefasst werden.

Die Frage, welche unter No. 2 der Untersuchungsrichter dem Gerichtsarzte gestellt hat und welche dem Ges.-Rathe zur Beantwortung nunmehr vorliegt, lautet: „ob und in welchem Maasse nach den Aussagen der Zeugen und des Beschuldigten und allenfalls auf Grund einer Untersuchung seines jetzigen Zustandes, Gründe für die Annahme vorliegen, dass J. sich zur Zeit der That in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Insbesondere wird darüber eine Aeusserung verlangt, ob und wie weit aus der Thatsache (ihre Richtigkeit vorausgesetzt), dass J. sich der Vorgänge des fraglichen Abends und der Nacht gar nicht mehr erinnert, zu schliessen ist, dass er während der Zeit, über welche jegliche Erinnerung entschwunden ist, in einem Zustande der bezeichneten Art sich befunden habe."

Die Beantwortung dieser Frage verlangt die Beurtheilung eines zweifelhaften Körper- und Seelenzustandes, der längst vorüber gegangen ist. Der Sachverständige befindet sich ausserdem in diesem Falle einer Lücke in den Erhebungen gegenüber, welche bedingt, dass er sein Urtheil über einen fraglichen krankhaften Zustand nicht auf eigene Anschauungen und Beobachtungen, sondern nur auf die Auffassungen von Laien gründen kann. Ueber den bei Verübung einer verbrecherischen Handlung bestandenen zweifelhaften Seelenzustand giebt die gleich nach Verübung der That angestellte sachverständige Untersuchung den sichersten Aufschluss. Die Constatirung des Ausschlusses der freien Willensbestimmung, die nur zur Zeit der That bestanden haben kann, ist später objectiv kaum oder gar nicht möglich. Dieser Mangel in den Erhebungen und die Verabsäumung dieses allgemein anerkannten Grundsatzes sei zunächst hervorgehoben, um zu motiviren, dass in dem vorliegenden Falle der Sachverständige be-

Beurtheilung des zweifelhaften Seelenzustandes des Angeschuldigten vor und nach der That, statt auf eigene objective Wahrnehmungen sein Urtheil zu begründen gezwungen ist, die subjectiven Auffassungen der Zeugen einer Kritik zu unterziehen, wie dieselbe durch Wissenschaft und Erfahrung geboten wird. In obigem Mangel dürfte auch der Grund zu suchen sein, dass die Auffassung des Gerichtsarztes zu dem Bedenken erregenden unbestimmten Ausspruch geführt hat. Zur Lösung der dem Ges.-Rath gestellten Aufgaben haben die Unterzeichneten das gebotene Material, als die Zeugenaussagen, die Aussagen des Angeschuldigten und die Wahrnehmungen des Gerichtsarztes, zu denen erst 8 Tage nach der That Gelegenheit geboten wurde, durch eine eigene psychische Untersuchung des Angeschuldigten am 10 d. M. zu vervollständigen gesucht, und glauben nun mit genauer Würdigung der objectiven Thatsachen sich des Auftrags entledigen zu können.

Geschichtserzählung.

Nur einzelne nackte Fakta sind von den Antecedentien des E. R. J. bekannt, aus welchen das Bild von dem geistigen Leben desselben construirt werden muss. Ueber Gemüthsbeschaffenheit und Lebensgewohnheiten liegen keine anderen Nachweise vor, als die eigenen Angaben des Angeschuldigten, aus welchen hervorgeht, dass derselbe dem Trunke sehr ergeben gewesen ist. Nach dem frühen Tode des Vaters lebte die Mutter in Schweidnitz, dem Geburtsorte des Angeschuldigten, im Concubinate und unter dem Einflusse dieses Verhältnisses erscheint J. in der Erziehung verwahrlost und im Jugendalter sich selbst überlassen gewesen zu sein. Seit dem 16. Jahre ist J. wegen Vergehen am fremden Eigenthum mit dem Strafgericht wiederholt in Conflict gekommen. Bis 1864 diente er als Pferdeknecht, lernte dann im Strafhause zu Jauer das Cigarrenmachen und ernährte sich seitdem als Cigarrenmacher. Während der letzten 6 Jahre führte er ein ruheloses Wanderleben, in welchem Vagabondiren und Betteln wiederholte Bestrafungen veranlassten. In Delmenhorst war J. im März d. J. mit dem Cigarrenmacher C. A. M. aus F. bekannt geworden und mit demselben Anfang April nach Bremen gekommen. Die beiden Collegen wohnten und arbeiteten zusammen, theilten mit einander Bett und Zimmer. J. will und soll mit M. friedfertig gelebt haben. Andererseits wird aus der ersten Zeit ihres Hierseins ein Streit zwischen beiden bezeugt, in welchem J. den M. mit dem Messer drohte. In Folge einer Wette trank J. am 13. April auf der Fabrik binnen $2^3/_4$ Stunden $^1/_2$ Kanne, beinah eine gewöhnliche Weinflasche mit Brantwein und Rum aus und erschien in Folge dieses Genusses berauscht und sehr aufgeregt, während er selbst nach seiner Erinnerung sich nicht für betrunken, sondern nur aufgeregt bezeichnet. Auch M. wollte die gleiche Menge Brantwein trinken, vermochte es aber nicht und kam zum Erbrechen. Die dabei erfolgte Beschmutzung des Tabacks führte zu einem heftigen Streit zwischen J. und

M. Sie ergingen sich in Schimpfreden, wobei J. sehr aufgebracht und zornig erschien und M. durch kränkende Insinuation so aufbrachte, dass dieser im Zorn ein Arbeitsmesser ergriff und J. bedrohte. Letzterer arbeitete nicht mehr, sondern „stand so herum". Zeuge K. berichtet, dass J. sang, mit schwerer Zunge sprach, so dass einzelne Worte nicht zu verstehen waren; Zeuge W. giebt an, dass J. etwas taumelte oder vielmehr unruhig hin und her trat, laut und aufgeregt sprach, so dass M. ihm sagte, er solle nicht so laut sein. Sämmtlichen Zeugen erschien J. betrunken. Um 6 Uhr empfingen J. und M. ihren Arbeitslohn, Jeder 1½ Thaler. Der Wortwechsel dauerte zwischen ihnen noch eine Zeit lang an, aber auf Zureden des Mitarbeiters K. hatten sie sich vor ihrem Weggehen wirklich vertragen. Gegen 8 Uhr gingen die Beiden in die Gastwirthschaft von B., assen zu Abend und tranken erst Braunbier und dann Bockbier, von welchem J. während 5 Stunden 9 Seidel getrunken haben soll. Ueber die erste Zeit des Aufenthalts in der Schenke liegen genauere Angaben nicht vor. Von der späteren Zeit lauten die Zeugenaussagen einstimmig, dass J. mehr oder weniger betrunken gewesen sei; die Zeugen gebrauchen von ihm die Ausdrücke „angetrunken, nicht völlig betrunken, betrunken, stark angetrunken, habe stark einen Spitzen gehabt und laut und provocirend, aufgeregt, weitläuftig und zum Streit aufgelegt." Gleichzeitig bezeugen die meisten Aussagen, dass er nicht sinnlos erschienen sei, dass er das ihm „Gesagte richtig aufgefasst, passend beantwortet und wohl gewusst habe, was er that." Nur der Gastwirth B. und der Zeuge D. sagen aus, dass er „nicht ganz", „nicht gänzlich von Sinnen" gewesen sei. Um 9 Uhr geriethen J. und M. in Streit, der durch Dazwischenkunft des Wirthes beigelegt wurde. Die meiste Zeit beschäftigte sich J. in dem Wirthshause mit Kunststücke machen, anfangs mit Geldstücken, dann mit Karten. Seine Geschicklichkeit in Kartenkunststücken wurde verschieden beurtheilt; einigen der Zeugen war er lästig durch seine Weitläuftigkeiten und seine anzüglichen Reden; Andere sahen in dem geschickten Gebrauche der Karten den Beweis, dass er nicht völlig betrunken war, so Zeuge Bo., der ihm „die Spiegelfechtereien verwies" und ihm die Karten aus der Hand schlug. Darüber geriethen beide zwischen 12 und 1 Uhr in einen heftigen Wortwechsel, der von dem Gastwirthe wieder geschlichtet wurde. Nach dem Weggange Bo.'s prahlte J. mit seiner Geschicklichkeit im Messerwerfen und liess die Worte fallen, „dass Bo. leicht damit hätte Bekanntschaft machen können." M., der wenig getrunken hatte und nüchtern erschien, forderte wiederholt auf, nach Hause zu gehen; J., der immer noch bleiben wollte, gab endlich bald 1 Uhr Nachts dem Zureden nach. Beim Weggehen war J. sehr aufgeregt, wollte nicht fort und versuchte wieder in das Wirthshaus zurückzukehren, was M. verhinderte, während der Wirth mittlerweile das Haus abgeschlossen hatte. Sie kamen in Wortwechsel und nun gab der Hausschlüssel, den J. in Besitz und M. wiederholt verlangt hatte, Anlass zum Streit zwischen beiden. Auf Zureden sich zu

vertragen, erklärte nun M. seine Bereitwilligkeit, „er solle ihm nur den Schlüssel geben." M. nahm dann J. bei der Hand und dieser liess sich endlich mit Widerstreben fortziehen. Der Wortwechsel dauerte im Fortgehen noch an, J. „schubste" M. und dieser sagte zu J.: „wenn er nicht gleich still sei, kriegte er einen in die Fresse" (Zeuge Sch.). Unter lauten Reden gingen sie fort. Die übrigen Gäste verliessen gleichzeitig das Wirthshaus und schlugen die entgegengesetzte Richtung der Westerstrasse ein. Nach wenigen Schritten vernahmen sie Lärm aus der Richtung, die M. und J. eingeschlagen hatten; Einer sagte: sie schlagen sich, man hörte einen Schrei, und Einige der Zeugen sahen einen der beiden Männer vom Trottoir nach der Strasse „schiessen" und auf die Fahrbahn hinfallen und J. fortlaufen. Man fand M. röchelnd auf der Mitte der Strasse liegend. Es gelang nicht ihn aufzurichten und man trug nun den Sterbenden nach der Polizeiwache; allein bei der Ankunft daselbst war bei M. der Tod schon eingetreten, der ½ vor 2 Uhr von Dr. *G.* constatirt wurde, in Folge einer Stichwunde im zweiten linken Intercostalraum. Der wahrscheinliche Thäter J. hatte sich, nach seiner hastigen Entfernung von seinem Kameraden, nach seiner Wohnung begeben, hatte die Hausthür auf und wieder zugeschlossen und ohne Lärm, ohne wahrgenommene Unsicherheit sein Zimmer erreicht. Hier fanden ¼ nach 3 die Polizeibeamten J. entkleidet im Bette, im tiefen Schlafe, die ausgezogene Kleidung an die Wand gehängt und in der linken Hosentasche das Messer, an dessen Klinge noch Blut war. Er war schwer zu erwecken, konnte sich nicht ermuntern. Den Beamten schien er zweifellos schwer betrunken. Er sprach unsinniges Zeug als: „Herr Wirth noch eine Flasche Braunbier", und redete so auch noch unterweges, wo er die vorbeigehenden Leute ansprach. Er vermeinte sich mit M. geprügelt zu haben. Dennoch konnte er ohne Taumeln gut gehen, zeigte auf Verlangen seine Hände und versicherte mehrfach, scheinbar mit Beflissenheit, dass sie ganz rein seien. Gegen 5 Uhr Morgens, im Detentionshause angelangt, ward J. zu einem Gefangenen St. in die Zelle gelegt. Als dieser bald nach seiner Ankunft ihn anredete, sagte er: „Sieh, August, bist du auch da?" und erzählte auf die Frage: woher er komme: „er sei von zwei Leuten, die eine Kette mit sich geführt hätten, aus dem Bette geholt und hier her geführt, welche gesagt hätten, „er solle noch ein Glas Bier trinken", (oder certius: „er solle das Bier für die Anderen bezahlen"); und fügte dann nach längerer Pause hinzu, „wenn er das gewusst hätte, würde er von der Brücke in das Wasser gesprungen sein." Nach diesem Gespräche entschlief er, und erwachte erst gegen 8 Uhr Morgens. Beim Aufstehen machte J. auf St. den Eindruck eines noch nicht nüchternen, nicht bei klarem Verstande seienden Menschen.

Die Section des getödteten M. ergab eine unbedingt tödtliche Verletzung der Lungenarterie und des linken Herzvorhofes.

1. Die Zeugenaussagen vor der That.

Die Thatsache, welche die Zeugenaussagen übereinstimmend darthun, ist die Trunkenheit J's. Schon auf der Fabrik erschien der Angeschuldigte sämmtlichen Zeugen betrunken. Dasselbe wird einstimmig berichtet aus der späteren Zeit des Aufenthalts in der Gastwirthschaft. Als Charaktere seiner Trunkenheit werden in der ersten Zeit „Aufregung, lautes Reden mit schwerer Zunge," Neigung zum Affect und zum Streit, etwas Taumeln angegeben. Von der späteren Zeit des Aufenthalts in der Schenke werden als Zeichen der Trunkenheit ein „lautes provocirendes Benehmen, Weitläuftigkeit, Aufregung, Zudringlichkeit, anzügliche Reden, Aufgelegtheit zum Streit" und wiederholte Streitigkeiten angeführt. Aber sagen die Mehrzahl der Zeugen, welche ebenfalls des Trinkens und Kartenspielens wegen die Schenke aufgesucht zu haben scheinen, „J. war nicht völlig betrunken, war noch vernünftig, ist nicht von Sinnen gewesen, verstand, was man ihm sagte, gab passende Antworten." Nur Einer der Mitgäste und der Wirth, der die Gäste bediente und dessen Wahrnehmungen vielleicht am sichersten gewesen sein dürften, nennt J. sehr aufgeregt und stark angetrunken und sagte über dessen Seelenzustand, er sei *nicht ganz* von Sinnen gewesen. Wenn auch im Allgemeinen die richtige Erkenntniss der Trunkenheit dem Laien wohl zuzutrauen ist und kein technisches Urtheil erfordert, so ist doch nicht einem Jeden die Befähigung zuzugestehen, den *psychischen Zustand des Betrunkenen richtig zu beurtheilen*; und wenn den Aeusserungen der Zeugen, dass der Angeschuldigte „vernünftig und nicht von Sinnen" gewesen sei, die Deutung beigelegt werden soll, dass *der trunkene Angeschuldigte seine Seelenkräfte so intact besessen habe, um mit Ueberlegung handeln zu können*, so kann diese Auffassung von Seiten der Sachverständigen nicht getheilt werden.

Die Erscheinungen der Trunkenheit sind nicht überall gleich und die Wirkung derselben auf den Körper- und Seelenzustand der einzelnen Menschen ist mannichfaltig. Die Perioden der Trunkenheit, welche als verschiedene Stadien oder Grade einer erhöhten Alkoholwirkung hingestellt werden, sind in ihren Erscheinungen von einander nicht scharf markirt, und in der Wirklichkeit schwer zu unterscheiden. Durch Gemüthsbeschaffenheit und Temperament, durch individuelle Reizempfänglichkeit, durch den Grad der Gewöhnung an Brantweingenuss, durch die Empfindlichkeit für Alkoholwirkung, selbst durch die Beschaffenheit des gangbaren Getränkes können bei einzelnen Menschen die Charaktere der Trunkenheit modificirt werden. Der Uebergang von dem ersten in den zweiten Grad der Trunkenheit ist schwer zu erkennen, erfolgt oft plötzlich z. B. durch äussere Einflüsse. Es ist bekannt, dass durch den plötzlichen Austritt aus der geschlossenen von Bier- oder Weindunst erfüllten Stubenluft in die freie Luft, durch Muskelbewegungen im Freien die Trunkenheit sich plötzlich steigert, und hier ist es oft unmöglich, den unmerklichen Uebergang

in einen erhöhten Grad der Trunkenheit zu erkennen. In dem zweiten Grad der Trunkenheit ist, wie der Zeuge Bo. von J. sagt, der Trunkene nicht ganz von Sinnen, allein die Sinne sind schwächer, die Alkoholwirkung hat eine krankhafte Veränderung der Empfindung, der Gemüthsverfassung und der Willensrichtung hervorgerufen, das Gedächtniss ist fast geschwunden, die Vorstellung der Folgen einer Handlung wird nicht mehr percipirt, weil der Zusammenhang der Handlung mit ihren Folgen nicht mehr wahrgenommen wird. Damit geht das Urtheil und die bedächtige Ueberlegung verloren, der kleinste Anlass weckt Leidenschaften und reisst den Menschen unwiderstehlich zu Handlungen hin, von welchen er nur selten weiss, was er thut; die Willensbestimmung ist nicht mehr frei. Auch dem Sachverständigen ist es nicht möglich, die Seelenvorgänge, welche im Innern des Menschen vor sich gehen und temporär die freie Willensbestimmung aufheben können, objectiv wahrzunehmen und anschaulich zu machen. Auch die sachgemässe Beobachtung gelangt nur zu Schlussfolgerungen aus der Zusammenfassung sämmtlicher Erscheinungen des abnormen Körper- und Seelenzustandes. Der Laie ist mit der Erklärung des vernunftgemässen Benehmens des Betrunkenen gleich bei der Hand; aber es geht ihm in der Beurtheilung der Wirkung des Alkoholgenusses auf die Seelenvorgänge, wie bei den Seelenstörungen überhaupt, die wie die Erfahrung lehrt, sehr häufig verkannt und für normale psychische oder psychologische Zustände gehalten werden, weil in Seelenstörungen, gewohnheitsgemässe Gedankenreihen, die mechanisch vor sich gehen, für vernunftgemässe Reflexionen, krankhafte Depressionen und Exaltationen des Gemüthes für psychologisch motivirte Affecte gehalten werden.

Schon in der ersten Zeit der Trunkenheit auf der Fabrik zeigt J. Aufregung, Neigung zu Zornwallung und Zank, aber er ist hier noch dem Einflusse der Vorstellungen Anderer leicht zugänglich. Er hat sich auf Zureden mit seinem Collegen wieder vertragen und augenscheinlich ausgesöhnt (Zeugen K. und H. M.). In der Schenke wird erst in der späteren Zeit nach Genuss von bedeutenden Mengen Bockbier die gesteigerte Trunkenheit bei J. Anderen auffallend. Der Wortwechsel mit dem getödteten M. gegen 9 Uhr wird von dem Wirthe leicht beschwichtigt. Der Streit J.'s mit Bo. etwa um Mitternacht, den der Wirth auch noch schlichtete, veranlasste J. hinterher zu Drohungen und Prahlen mit Messerwerfen. Bald nachher gegen 1 Uhr trieb M. zum Aufbruch und wieder kommen J. und M. in Wortwechsel wegen des Hausschlüssels, den J. in Besitz hatte und M. verlangte. Des letzteren wiederholten Mahnungen zum Nachhausegehen wollte J. nicht folgen. Es gelang aber M. endlich, J. bei der Hand nehmend mit fort zu ziehen; aber vor der Thüre wollte J. wieder in das Haus zurück, was der Wirth durch Zuschliessen des Hauses verhinderte. M. fasste J. bei der Hand. Dem Zureden der übrigen Gäste sich zu vertragen erscheint J. jetzt nicht mehr zugänglich, er erwiedert Nichts,

während M. sich bereit erklärt. J. „schubste M.“, während dieser sagte: „wenn er nicht gleich still sei, kriegt er einen in die Fresse.“ Damit gingen M. und J. Arm in Arm fort, aber der laute Wortwechsel dauerte im Fortgehen noch an. Plötzlich rief einer der vor der Schenke stehenbleibenden Zeugen: „sie schlagen sich“ — und das Attentat war geschehen. M. lag sterbend auf der Strasse, J. war fortgerannt.

Aus den letzten Beobachtungen, welche die Zeugen über das Benehmen J.'s vor der That haben machen können, geht eine Steigerung der Trunkenheit hervor, sowie Unzugänglichkeit gegen vernünftige Vorstellungen. Diese Steigerung der Trunkenheit fällt mit dem Austritt aus der Schenke zusammen und scheint offenbar der Einfluss der freien Luft beim Austritt aus der geschlossenen Zimmerluft auf J. von auffallender Wirkung gewesen zu sein. Die letzten Beobachtungen bezeugen ferner, dass J. wie M., beide in Affect waren. Der nähere Vorgang bei der Tödtung hat sich der Beobachtung entzogen. Doch darf wohl hierbei an die Bemerkungen der Autoren (*Hoffbauer*, *St. Marc*, *Friedreich*) erinnert werden, dass ein Streit den Jähzorn des Trunkenen leicht hervorrufen kann, am meisten, wenn derselbe in Handlungen, in welchen er begriffen ist, gestört wird. Die aufregende Wirkung des ziemlich gewaltsamen Wegführens von der Schenke kann der Zornwallung über die Störung einer in der Ausführung begriffenen Handlung an die Seite gestellt werden.

2. Die Zeugenaussagen nach der That.

Als M. auf der Strasse niedersank, hatte der Angeschuldigte sich schnellen Laufs entfernt. Es liegen keine andere Annahmen vor, als dass J. sich direct nach seinem Logis begeben habe. Er muss die Hausthür auf- und abgeschlossen, seine Kleider an die Wand gehängt haben. Die Beamten fanden 3¼ Uhr die Thür geschlossen, die Kleider aufgehängt und J. schlafend im Bette. In der Hosentasche steckte das Messer, an dessen Klinge noch Blut sich befand. J. war beim Wecken schwer zu ermuntern, sprach dummes Zeug und rief: „Wirth, noch eine Flasche Braunbier.“ Es wurde ihm beim Ankleiden gesagt, er solle für die Anderen das Bier bezahlen. Auf Verlangen zeigte er seine Hände und sagte, sie seien ganz rein, wiederholte dies auch noch vor der Thüre. J. konnte gut gehen. Nachdem derselbe auf der Neustadtswache von den Zeugen recognoscirt worden war, führte man ihn zunächst nach dem Nachtwachen-Polizei-Bureau auf den L. Frauen-Kirchhof. Auf dem Wege dahin rief er wiederholt: „Wirth noch eine Flasche Braunbier“ und schwätzte dummes Zeug, zumal wenn Leute vorübergingen. Gegen 5 Uhr wurde J. in das Gefangenhaus abgeliefert und zu einem anderen Inhaftirten in die Zelle gelegt. Während J. auf dem Bette lag, redete etwa eine Viertelstunde nach seiner Ankunft der Mitgefangene ihn an und auf die Frage, woher er komme, sagte J.: „Sieh, August, bist Du auch da“ und fügte hinzu, „er käme aus dem Hause, von wo er durch 2 Leute aus dem Bette geholt sei, die eine Kette

gehabt und gesagt hätten, er solle mitgehen und noch ein Glas Bier trinken.“ Dann nach einer längeren Pause äusserte er: „wenn er das gewusst hätte, würde er über die Weserbrücke gesprungen sein.“ Nach diesem Gespräche schlief J. ein und erwachte erst um 8 Uhr Morgens, stand auf und machte den Eindruck, dass er noch nicht ganz wieder nüchtern und nicht bei klarem Verstande sei.

Aus den Zeugenaussagen geht zunächst überzeugend hervor, dass J. nach dem Erwecken durch die Beamten noch stark betrunken war. Das sichere Gehen widerspricht dieser Annahme nicht. Auch thut bei Gewohnheit des Genusses von Spiritus dieser der Sicherheit der Muskelbewegungen weniger Eintrag, im Gegentheil bedürfen die Gewohnheitstrinker im gewissen Grade dieses Stimulus. Eine Simulation der Trunkenheit wird auch von den erfahrenen Beamten bestimmt in Abrede gestellt. Zunächst erfordert das Entlaufen nach der That eine Beurtheilung. Man ist geneigt aus diesem Entlaufen auf ein Bewusstsein des Geschehenen zu schliessen, allein das rasche Entweichen J.'s erscheint mehr wie eine instinktartige Handlung, wie um sich einer Rauferei zu entziehen, deren Begriff in dem Conflikt nach der That vielleicht momentan aufgefasst worden ist. Es liegt aber in dem Nachhausegehen kein Zeichen klarer Besonnenheit, keine verständige Ueberlegung mit der Willensrichtung, nach einer bösen That sich zu verbergen. Ebenso wenig documentirt das Verstecken des blutbefleckten Messers Ueberlegung und Bewusstwerden des Geschehenen, mit der Vorstellung des Zusammenhangs der Folgen. Bei irgend richtiger Auffassung war eine Beseitigung, wenigstens eine Reinigung des Messers die nächste und leichteste Aufgabe. Das Auf- und Abschliessen der Hausthür sind als gewohnheitsgemässe Handlungen anzusehen, die der Trunkene in der Regel mit Sicherheit mechanisch vornimmt.

Für denjenigen, welchem die Tödtung von M. bekannt ist, liegt es nahe, die Aeusserung des Angeschuldigten, die derselbe bei der Aufforderung die Hände zu zeigen, macht, auf das Geschehene zu beziehen, allein diese Aeusserung, dass die Hände rein seien, die noch einmal wiederholt wird, ist nicht ungewöhnlich, wenn überhaupt die Hände besichtigt werden. Aehnlich, wie mit der Versicherung der Reinheit der Hände, geht es auch mit den im Selbstgespräch vorgebrachten Worten. Derartige Selbstgespräche kommen bei Betrunkenen häufig vor, sie sind Folge des aufgeregten Seelenlebens und der sich durchkreuzenden Gedanken; der Trunkene bedarf des Aussprechens der Worte, um den Gedanken sich deutlicher zu machen, welchen die Bilder seiner Phantasie ihm vorgaukeln. Wer diese Worte als Ausdruck des Bewusstwerdens des Geschehenen nehmen möchte, möge erwägen, dass die Worte bei dem Eintritt in die Zelle auch als ein schmerzlicher Eindruck des Bewusstwerdens der Haft im Gegensatze zu dem von ihm erwarteten Biertrinken mit noch grösserer Wahrscheinlichkeit gedeutet werden können, zumal bei dem Angeschuldigten, der mit der Haft schon Erfahrung gemacht hatte. Die Beziehung

— dieser Aeusserung — des Angeschuldigten zu dem Vorgefallenen ist unsicher und nicht näher zu motiviren. Ebenso zweideutig ist der Ausruf des Angeschuldigten bei der Anrede des Mitgefangenen: „Sieh, August, bist Du auch da!" Mit dem Namen August wurde der getödtete M. von dem Angeschuldigten immer benannt. Dieser Name soll aber auch an manchen Orten als Rufname gebräuchlich sein, wenn man Jemanden, dessen wirklicher Name unbekannt ist, bezeichnen will. Der Angeschuldigte konnte also damit sagen wollen, als er den Mitgefangenen bemerkte: „Sieh N. N. bist Du auch da?" Oder der Ausruf bezog sich wirklich auf den getödteten M. und möglicherweise konnte das Bild desselben als Hallucination in dem Traume der Trunkenheit dem Angeschuldigten vorschweben. Aber eine im Rausche so häufige Hallucination oder Illusion lässt sich in diesem Falle nicht näher nachweisen. Sowie der Ausruf übrigens bezeugt ist, würde das Traumbild nichts Schreckenerregendes gehabt haben.

3. Aussagen und Benehmen des Angeschuldigten nach der That.

In allen Vernehmungen sowohl in der Voruntersuchung als auch in der Untersuchung vor dem Untersuchungsrichter bleibt der Angeschuldigte in seinen Aussagen sich gleich ohne Aenderungen zu machen, Erklärungen oder Zusätze beizufügen, die den Verdacht eines wohl überlegten Planes sich aus der Verlegenheit zu ziehen, erwecken könnten. Der Angeschuldigte versichert, dass er von dem Augenblicke an, nachdem er mit M. zu Abend gegessen, keine Erinnerung mehr habe von Allem, was vorgefallen sei. Während er von den Vorkommnissen auf der Fabrik, von dem Trinken einer Flasche Brantwein und Rum, von dem Streite mit M. und der Wiederaussöhnung mit demselben vor seiner Aufregung u. s. w. genaue Auskunft, eine richtige Darstellung des Sachverhaltes giebt und versichert damals nicht betrunken, nicht einmal angetrunken gewesen zu sein, will der Angeschuldigte, nachdem er Bockbier getrunken, dessen Menge er nicht weiss, von allen Vorfällen des Abends und der Nacht keine Erinnerung bewahrt haben. Von dem Streit mit M. über den Hausschlüssel und mit Bo. über die Kartenkunststücke, von den Drohungen mit dem Messerwerfen, dem Verlassen der Wirthschaft, von dem Verbleib des Collegen M., von seiner Verhaftung und seinen Reden in der Zelle (wenn er das gewusst hätte etc.), von allen diesen Details will er nicht die geringste Ahnung und Erinnerung haben, ebenso wenig, dass er zu Haus gegangen sei und sich zu Bett gelegt habe, giebt aber letzteres als möglich zu, indem er auch in der stärksten Betrunkenheit sein Bett aufzusuchen und sich gehörig zu entkleiden pflege. Erst beim Erwachen in der Zelle soll ihm das Bewusstsein wieder gekommen sein, der Angeschuldigte will aber keine Ahnung davon gehabt haben, wesshalb er im Gefängniss sich befinde. Der Angeschuldigte erkennt das vorgezeigte Messer ohne Anstand als sein

Eigenthum, versichert, dasselbe gestern nicht gebraucht zu haben und behauptet bestimmt zu wissen, dass an der Klinge kein Blut sei, noch sein könne. Bei der Mittheilung, dass der Cigarrenmacher C. M. durch einen Messerstich getödtet sei und dass auf J. der Verdacht ruhe, der Thäter zu sein, geräth der Angeschuldigte in Aufregung, fängt an zu weinen und sagt: „ich will das nicht bestreiten, ich will die Wahrheit sagen, es ist möglich, dass ich M. erstochen habe, ich bin ein Hitzkopf, aber M. war auch ein massiver Mensch, wenn Blut an meiner Messerklinge ist, dann muss ich es gethan haben, denn wie käme Blut an mein Messer."

Mit vollkommen guter Erinnerung schildert J. den Wortwechsel auf der Fabrik bei Mau und motivirt den Streit durch eine Beleidigung und Herausforderung Seitens M., ein Streit der dennoch gleich beigelegt sei.

Bei der Prüfung der Richtigkeit der Aussagen des Angeschuldigten, dass ihm die Vorgänge des fraglichen Abends und der Nacht in der Erinnerung gänzlich geschwunden seien, ist gegenüber der bekannten Ausrede vieler Angeschuldigter, sich mit Trunkenheit und Nichtwissen entschuldigen zu wollen, die wiederholt bestätigte Erfahrung hervorzuheben, dass Handlungen und Vorfälle während eines Rausches dem Trunkenen nach dem Ausschlafen häufig ganz aus dem Gedächtniss verwischt sind. Schon in der ersten Periode der Trunkenheit ist objectiv eine Schwäche des Gedächtnisses wahrzunehmen, ein Trunkener geräth in ein augenblickliches Vergessen der Rücksichten und seiner Verhältnisse, zeigt statt gewohnter Zurückhaltung rücksichtslose Offenheit, missachtet die Gesetze der Sitte etc., in den höheren Graden der Trunkenheit sind die Sinneseindrücke schwach, die Vorstellungen lebhaft, folgen sich schnell und werden desshalb nicht festgehalten, das Gedächtniss bewahrt die gegebenen Eindrücke nicht, es ist geschwunden. Der Mangel sachgemässer Beobachtung des Angeschuldigten und die Dürftigkeit der Zeugenaussagen erlauben nur eine allgemeine Anwendung dieser anerkannten Erfahrungen auf den vorliegenden concreten Fall. Ein objectiver Beweis ist nicht zu führen, dass die Angabe des Angeschuldigten thatsächlich sei. Die Möglichkeit der Richtigkeit seiner Angabe muss unbedingt zugegeben werden; die Möglichkeit wird aber zu mehr als Wahrscheinlichkeit, sie wird zur Gewissheit, wenn die Annahme einer Simulation ausgeschlossen werden kann. Wir kommen auf diesen Punkt zurück bei der Zusammenstellung der psychologischen Momente für die Diagnose.

4. Die Wahrnehmungen des Gerichtsarztes und der unterzeichneten Referenten und Correferenten.

Der Gerichtsarzt constatirte bei J. etwa gute 8 Tage nach seiner stattgehabten Betrunkenheit und der That ein schwächliches sieches Aussehen und eine nicht wesentlich alterirte Körperkraft, Röthung der Augen, mit leerem ausdruckslosem Blick, eine auffallend niedrige Stirn, wodurch der Gesichtsausdruck das Gepräge der Stupidität erhält und beobachtete fortwährende

Zittern der Hände. Die Unterzeichneten können hinzufügen, dass, neben der sehr niedrigen Stirn, der kleine Schädel und die ungleiche Entwickelung der Gesichtshälften ihnen sehr auffallend waren. Sie können die Bemerkung nicht zurückhalten, dass von ihnen eine derartige ungleiche Entwickelung der Kopf- und Gesichtsbildung in Fällen von Schwachsinn oder Epilepsie häufig beobachtet worden ist. Dessgleichen konnten die Unterzeichneten am 10. Juli bei dem Angeschuldigten die blasse Gesichtsfarbe, den schmächtigen Habitus und seine dürftige Musculatur nicht als Zeichen der Kräftigkeit auffassen und glaubten diese Körperbeschaffenheit, wie auch die Spuren früherer Erkrankungen an der Augenlidbindehaut mit früherer Skrofelkrankheit in Verbindung bringen zu müssen Die engen halbgeschlossenen Augenlider, der matte leere Blick, der deprimirte Gesichtsausdruck in Verbindung mit der niederen Stirn gaben das volle Bild der Stupidität. Die Redeweise war ruhig, einfach und wortkarg. Die Antworten auf die Fragen erschienen angemessen und verständig. Die Aeusserungen enthielten und bezweckten keine Vertheidigung, keine Beschönigung, keine Erklärung des Vorgefallenen. Der Gerichtsarzt entnahm aus den Mittheilungen des Angeschuldigten, dass derselbe an Brantweingenuss sehr gewöhnt sei, denselben schwer entbehre. Von dem Mitgefangenen wurde lebhaftes Verlangen des Angeschuldigten nach Brantwein mitgetheilt. Der Schlaf desselben wurde als leicht und unruhig bezeichnet, der Angeschuldigte soll im Schlafen reden und aufspringen, schwierig einschlafen; die Stimmung soll bald gedrückt, bald reizbar sein, doch auch Aufregung vorkommen, die manchmal in Wuthanfälle überging. Im Allgemeinen soll das Verhalten ruhig und gutmüthig und die Reden niemals unanständig sein; verkehrte Ideen oder Hallucinationen sind nicht beobachtet. Der Beamte des Detentionshauses bezeichnet das Benehmen des Angeschuldigten als durchaus ordentlich und folgsam.

Der Gerichtsarzt hat aus der dargebotenen Symptomengruppe und aus den von dem Angeschuldigten und von dem Mitgefangenen gemachten Angaben das Bild der chronischen Alkoholvergiftung entnommen; sieht in dem Angeschuldigten einen Gewohnheitstrinker und findet schliesslich als Ergebniss, dass J. der Trunksucht verfallen, schon vor der fraglichen Trunkenheit nicht als ein geistig normaler intacter Mensch anzusehen war.

Auch die Unterzeichneten entnehmen aus den vorliegenden Erhebungen, dass J. zu den sogenannten Gewohnheitstrinkern oder Periodensäufern zu rechnen ist. Er trinke, wenn er Mittel habe, sagt er selbst. Die vibrirende zitternde Bewegung der gespreizten Finger, die Angabe des unruhigen und gestörten Schlafes bezeugen die Wirkung des Alkoholgenusses auf die Organisation. Andere Organveränderungen, welche in der Säuferdyscrasie vorkommen, als Magen- und Intestinalcatarrhe, Erkrankung der Leber, Catarrh der Respirationsorgane konnten nicht wahrgenommen werden. Nur die Action des linken Herzens erschien etwas vermehrt, die Herztöne accentuirt und gespalten, ohne dass eine besondere Organerkrankung des

Herzens nachgewiesen werden konnte. Störungen der Blutcirculation fehlten; die Gesichtsfarbe deutete auf Onanie. Auch die Unterzeichneten theilen die Ansicht des Gerichtsarztes, dass die wahrgenommenen Symptome den Beginn der Alkoholdyscrasie bei dem Angeschuldigten darthun; indessen zur Beurtheilung des vorliegenden Falles hat diese Thatsache weiter keine Bedeutung, als die Verwerthung der Erfahrung, dass derartige Trinker, die gewöhnlich gutmüthig sind, leicht reizbar und zanksüchtig werden, wenn sie getrunken haben, und dass der rasche Genuss grösserer Mengen von Spiritus bei ihnen die Wirkung hat, die krankhafte Geneigtheit zu Aufwallungen zu plötzlicher Zornmüthigkeit zu steigern, und einen krankhaften psychischen Zustand zu erzeugen, welcher unfähig macht, die Handlungen mit Selbstbewusstsein zu beurtheilen.

Zur Feststellung der Diagnose eines zweifelhaften Seelenzustandes, zu welchem in Folge des Mangels einer sachverständigen Beobachtung der psychische Zustand J.'s in der Trunkenheit allerdings zu rechnen ist, kann endlich noch die Erwägung folgender psychologischer Momente ihre Berechtigung haben.

1) Die Ermittelung, ob die That isolirt im Leben des Thäters dasteht. Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um eine Persönlichkeit, deren Vergangenheit vielfache Vergehen an fremdem Eigenthum aufzuweisen hat, allein von Gewaltthätigkeiten ist aus dem früheren Leben Nichts bekannt. Eine Untersuchung gegen J. wegen vorsätzlicher Misshandlung in Trier constatirte nicht dessen thätige Theilnahme. Die bezeugte, von J. einige Tage vor dem fraglichen Abend ausgesprochene, Bedrohung M.'s mit dem Messer ist kaum anders als eine unter rohen Personen häufig ausgestossene und gebräuchliche äusserste Drohung aufzufassen. J. war von M. beleidigt und herausgefordert. In constatirter Trunkenheit unterliegt überhaupt der krankhafte Seelenzustand, welcher einen Mangel der freien Willensbestimmung begründet, einer gleichen Beurtheilung, mag die Handlung von einem moralischen oder unmoralischen Menschen begangen sein, weil bei beiden Individualitäten die gewaltthätige Handlung als das gleiche Product eines willensunfreien Zustandes zu betrachten ist. Nicht einmal kann man zugeben, dass ein moralisch schlechtes Individuum, welches gewohnt ist, bei jedem Streit, bei jeder Beleidigung mit dem Messer zu drohen, in einer Störung des Selbstbewusstseins leichter gefährlich wird, leichter zu dem Messer greift, als der moralische Mensch.

2) Die Ermittelung eines Beweggrundes zur That.

Von dem Standpunkt des Thäters ist nicht das geringste Motiv für denselben zu finden, seinem befreundeten Collegen und Schlafkameraden, der ihn, vielleicht gegen seine Neigung, nach Hause geleitet, das Leben zu nehmen. Es liegt kein Drang zur Befriedigung eines Gelüstes, kein Rachedurst vor, kein egoistisches Motiv, das aus der Gesinnung, den Neigungen und Schwächen des Thäters, soweit dieselben bekannt sind, seine Erklärnng findet. Wohl aber dürfen wir an die Erfahrung erinnern, dass

in krankhaften Seelenzuständen nicht allein der moralische Charakter, sondern auch die Zuneigung sich geradezu umkehrt, entgegengesetzt dem normalen Seelenzustande, dass gehasst und verfolgt wird, was früher das Liebste war. Die Trunkenheit ist in dieser Beziehung den krankhaften Seelenzuständen vielfach gleich.

3) Die That des Angeschuldigten entbehrt jeder Planmässigkeit. Sie geschah plötzlich, unerwartet und nicht prämeditirt.

4) Der Angeschuldigte suchte sich nicht der Verfolgung zu entziehen. Das rasche sich Entfernen unmittelbar nach dem Attentate, um nach Hause zu gehen und sich zu Bett zu legen, kann man keinen Versuch zur Flucht nennen. Das gleichgültige Einstecken des gebrauchten noch blutigen Messers ist kein Zeichen von zweckmässiger Veranstaltung das Geschehene der Entdeckung zu entziehen.

5) Die anscheinende Reue des Angeschuldigten über seine That hat bei dem vorübergegangenen abnormen Seelenzustande nach keiner Richtung hin einen diagnostischen Werth. Nur kann man sagen, dass die niedergeschlagene traurige Stimmung und das Benehmen des Angeschuldigten den Verhältnissen eines die Schwere des Vergehens fühlenden Gewissens entsprechend erscheint.

6) Die angeblich mangelnde Erinnerung von der That hat an und für sich keine Zuverlässigkeit. Es kann das Fehlen solcher Erinnerung simulirt sein und es liegt nahe an Simulation zu denken. Allein dem entsprechen nicht die den Acten zu entnehmenden Thatsachen. Der ruhige Schlaf unmittelbar nach der That, der Mangel jeder gemüthlichen Aufregung nach der Verhaftung, der baldige feste Schlaf in der Zelle. Die anstandslose Anerkennung des Messers, die grosse Gemüthserregung bei der Mittheilung, dass M. durch einen Messerstich getödtet sei und dass auf dem Angeschuldigten der Verdacht der Tödtung ruhe; die Anerkennung des logischen Schlusses: „wenn Blut an meinem Messer ist, dann muss ich es gethan haben; denn wie käme Blut an mein Messer," erweckt nicht den Verdacht der Simulation und entspricht nicht dem Benehmen eines simulirenden Verbrechers. Die ruhige Beantwortung der Fragen und die schmucklosen Aeusserungen, mit welchen der Angeschuldigte in der Untersuchung die Thatsachen zugiebt, sein Thun und Lassen nicht beschönigt, und keine Entschuldigung hervorsucht, sondern in der ersten Untersuchung erwiedert: „ich muss die Anschuldigung schon annehmen, obwohl mir Nichts davon bewusst ist;" endlich auch, dass der Angeschuldigte gegen den getödteten M. keine Verdächtigungen ausspricht, ferner das verständige Benehmen in der Haft, sind Symptome, die einer durchdachten Simulation nicht entsprechen. In allen späteren Unterredungen blieb der Angeschuldigte sich gleich, seine Aeusserungen sind schmucklos und erscheinen keine Verstellung. Der Angeschuldigte macht in seinem ganzen Wesen den Eindruck, dass er in dem Nichtwissen der Tödtung die Wahrheit redet. Und hat dies Nichtwissen reale Wirklichkeit, so hat dieser Umstand für die Beurtheilung

des Zustandes des J. zur Zeit der That grosse Bedeutung. Hat J. wirklich keine Erinnerung bei den Vernehmungen und auch nicht gleich nach der That gehabt, so liegt darin ein Beweis, dass zur Zeit der That das Bewusstsein aufgehoben war und die Freiheit der Willensbestimmung ausgeschlossen werden muss.

7) Der Intelligenzzustand des Angeschuldigten, der, soweit man urtheilen kann, kein entwickelter zu sein scheint, steht zu der angeschuldigten That in keiner Beziehung, aber er hat für die Beurtheilung der betreffenden Persönlichkeit die Bedeutung, dass der psychische Zustand bei schwachen Verstandeskräften häufig eine Neigung zu heftigen Affecten, namentlich Zorn zeigt.

Nach ausführlicher Erläuterung der aus den Zeugenaussagen, aus den Aeusserungen und dem Benehmen des Angeschuldigten und aus den Untersuchungen der sachverständigen Aerzte sich ergebenden Momente, stellen die Unterzeichneten für die Beurtheilung des zweifelhaften Falles folgende Anhaltspunkte als maassgebend hin:

1) Der Angeschuldigte steht unter dem Einflusse der beginnenden chronischen Alkoholdyscrasie.

2) Derselbe war am Nachmittage des 13 April in Folge des Genusses einer grossen Menge (beinahe einer Weinflasche) Branntwein und Rum betrunken und steigerte Abends durch den Genuss von Braunbier und dann von grösseren Mengen Bockbier (9 Seidel) die Trunkenheit bis zu dem Grade, dass er als nicht ganz von Sinnen bezeichnet wird, ein Grad, in welchem die Leidenschaften am meisten und deutlichsten hervortreten.

3) Beim Verlassen der Wirthschaft hat die Trunkenheit des Angeschuldigten durch die Wirkung der freien Luft noch mehr zugenommen.

4) Dies wird dadurch bewiesen, dass die den ganzen Abend hindurch von J. bekundete Streitsucht und die gereizte Stimmung nach dem Verlassen der Wirthschaft im erhöhten Grade hervortrat, und von Seiten J.'s in Thätlichkeiten überging, die von Seiten M.'s durch grobe Worte erwiedert wurden.

5) Der durch die Trunkenheit im Laufe des Abends wiederholt hervorgerufene Affect war im erhöhten Grade bei dem Angeschuldigten vorhanden, als derselbe wider Willen zu Hause geleitet werden sollte und hier weist die plötzliche, unerwartete, nicht prämeditirte That auf eine rasche zur Zornmüthigkeit gesteigerte Aufwallung hin, die wie eine Explosion den egoistischen Antrieb von M. loszukommen hervorrief, und die ohne Besinnen auf M. das Messer führte.

6) Der Vorgang der That ist nicht beobachtet; dieselbe muss, soweit man nach den Thatsachen urtheilen kann, in sinnloser Trunkenheit verübt sein, in welcher sich der Angeschuldigte damals befand; in einem krankhaften Körper- und Seelenzustande, welcher das Selbstbewusstsein gestört, die Freiheit der Willensbestimmung aufgehoben und das Gedächtniss vernichtet hat.

7) Der Verlust des Selbstbewusstseins in der That geht bei dem Angeschuldigten daraus hervor, dass derselbe vor der That dem eindringlichen Zureden der Mitgäste nicht mehr zugänglich war, dass derselbe nach der That nach der ersten raschen Entfernung sich unbedenklich ruhig zu Bette legt und fest einschläft, wie in gewöhnlichen Verhältnissen, als wenn Nichts geschehen wäre, nachdem er das blutige Messer ohne Besonnenheit sorglos in die Tasche gesteckt hat; dass derselbe nach der Verhaftung keine Gemüthserregung zeigt, sich ungeachtet eines anderthalbstündigen Schlafes noch stark betrunken erweist, in der Haft bald einschläft, und nach dem Erwachen am anderen Morgen durch Gemüthsstimmung oder Benehmen kein Bewusstsein des Geschehenen verräth.

8) Einen weiteren auf objective, von Sachverständigen beobachtete, Thatsachen zu gründenden Beweis der Bewusstlosigkeit und des Ausschlusses der freien Willensbestimmung des Angeschuldigten in Bezug auf die That, ist zu liefern nicht möglich, weil der bald vorübergehende Zustand der krankhaften Störung der Geistesthätigkeit bei dem Angeschuldigten nicht sachgemäss beobachtet ist.

Diese näher präcisirten Gründe bestimmeu den Ges.-Rath, die Frage des Untersuchungsrichters — „ob nach den Aussagen der Zeugen und des Beschuldigten und allenfalls auf Grund einer Untersuchung seines jetzigen (20. April) Zustandes, Gründe für die Annahme vorliegen, dass J. sich zur Zeit der That in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war“, — zu bejahen. Die weitere Frage, in welchem Maasse die Gründe vorliegen, sowie welche Schlussfolgerungen aus der angeblich mangelnden Erinnerung des Angeschuldigten an die Vorgänge der fraglichen Nacht zu ziehen seien, glaubt der Ges.-Rath in ausführlichen Erläuterungen beantwortet zu haben, so weit dies möglich war. Es bleiben in den Erhebungen allerdings einzelne Aeusserungen des Angeschuldigten unklar oder lassen eine zweifache Deutung zu. Diese fallen in die ersten Stunden nach der That, wo der Angeschuldigte noch in völliger Trunkenheit sich befand. Diese Unklarheit ist zum grossen Theil der Versäumung einer durch Sachverständige anzustellenden Untersuchung gleich nach Verübung der That zuzuschreiben, die, wo irgend möglich, bei Verbrechern in der Trunkenheit oder in anderen zweifelhaften krankhaften Seelenzuständen, immer sogleich geschehen sollte.

Eine vom Gerichtsarzte angenommene und von dem Untersuchungsrichter in Frage gestellte Beeinträchtigung (mit theilweiser Aufhebung) der freien Willensbestimmung hält der Ges.-Rath für nicht möglich auszusprechen und in Uebereinstimmung mit der Auffassung des Untersuchungsrichters für unvereinbar mit dem Begriff eines Ausschlusses derselben. So lange der Mensch die erforderlichen psychischen Eigenschaften in ihrer Integrität besitzt, normale Sinnesverrichtungen, normale Empfindungs- und Vorstellungsfähigkeit, um sich zum Begehen oder Unterlassen eines Be-

gehrten, als eines bestimmten Zweckes bestimmen zu können, nennen wir ihn geistig frei; aber wer will entscheiden das Maass der Beschränkung, welches, um noch mit Bewusstsein zu handeln, die freie Willensbestimmung durch umnebelte Sinne und dadurch getrübtes Urtheil erfahren kann? Wer will ergründen, wie die Beeinträchtigung der Seelenthätigkeit stattfinden muss, damit die Sinnenthätigkeit und das Urtheil noch genügend sein kann, um die freie Willensbestimmung in genügendem Grade zu gestatten? Wohl gehen geistige Krankheit und Gesundheit in unmerklichen Abstufungen in einander über, aber diesen Uebergang wahrzunehmen ist nur in den seltensten Fällen möglich, die beginnende Beeinträchtigung des Bewusstseins und der freien Willensbestimmung ist hier nicht zu diagnosticiren, denn in praxi werden die Anfänge des geistigen Erkrankens eher verkannt als erkannt und abnorme Seelenzustände eher für psychologische Besonderheiten des Menschen angesehen als den pathologischen Zuständen angereiht. Für die Annahme einer Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung (soll bedeuten einer theilweisen Aufhebung der freien Willensbestimmung) sind (wie *Casper* dies als einen Vorzug hervorhebt) vorzugsweise praktische Gründe maassgebend gewesen, um das Nichtwissen der Aerzte zu verdecken. Mit den Fortschritten der Psychiatrie und der immer allgemeiner werdenden Verbreitung des psychiatrischen Wissens unter den Aerzten wird dieses Nichtwissen seltener werden.

Bremen, 26 Juli 1872.

Der Ges.-Rath Refer. Dr. *Lorent.*

Literatur.

Amer. J. of Insan.

Januarheft 1870.

Dr. *Fischer*. Ueber den Einfluss des Geisteszustandes der Mutter auf embryonale Entwickelung.

Verfasser gestützt auf eine Reihe von Beobachtungen glaubt zu folgenden Schlüssen gelangen zu müssen:

1) Geistige Eindrücke im Verlaufe der Schwangerschaft können Missbildungen nicht hervorrufen.

2) Wenn dieser Aberglaube hier und da noch existirt, so sind die Aerzte zum grössten Theil noch daran schuld.

3) Geistige Aufregungen kommen bei schwangeren Frauen sehr häufig vor und die Befürchtung ein missgebildetes Kind zu bekommen, ist keine sehr seltene Erscheinung; dagegen kommen Missbildungen verhältnissmässig sehr selten vor.

4) Der Zusammenhang von Ursache und Wirkung ist meistens zufällig.

5) Wenn auch an dem Grundsatze festzuhalten ist, dass gleiche Ursachen gleiche Wirkungen haben, so kann man doch häufig die Beobachtung machen, dass eine und dieselbe Missbildung aus verschiedenen Ursachen entsteht.

6) Einige von den angegebenen Ursachen haben erst zu einer Zeit gewirkt, wo die Evolution des betreffenden Theils bereits schon vollendet war. Sollten diese Ursachen noch wirken, so könnten sie nicht allein verändern, sondern sie müssten auch zerstören.

7) Die Missbildungen des menschlichen Fötus sind nicht zahllos, sondern beschränkt in der Zahl und in der Art.

8) Jede Missbildung oder Monstrosität, die wir bei den Menschen finden, wird auch in entsprechender Art bei den Thieren sowohl, wie bei den Pflanzen beobachtet.

9) Missbildungen kommen häufig vor, ohne dass man im Stande ist, eine Ursache dafür anzugeben.

10) Die Aehnlichkeit der Missbildungen mit Früchten, Felsen, Umrissen von Bergen, Wolken, Profilen des menschlichen Gesichts etc. sind gesucht und beruhen auf Einbildungen.

11) Die einzige rationelle wissenschaftliche Erklärung der Missbildungen gewährt die pathologische Histologie.

Monstrositäten sind nicht das Resultat eines Umsturzes der embryologisch-physiologischen Gesetze, sondern eine Störung der normalen Entwickelung.

12) Die Behauptung, dass eine geistige Einwirkung, sie mag nun durch das Blut oder die Nerven oder die Electricität geschehen bei Zwillingen, Drillingen u. s. w. nur einen Fötus berühren kann, ist eine unhaltbare und absurde.

13) Wir wissen, dass die Entwickelung des Doppelfötus bestimmten Gesetzen folgt, die darin bestehen, dass die Verbindung immer entsprechend gleiche Körpertheile trifft, dass die Fötus immer ein und dasselbe Geschlecht haben und die Körpertheile rechts und links sich gleichen.

14) Monstrositäten von Theilen und Organen, die den Menschen nicht eigen sind, kommen nicht vor.

15) Monstrositäten entwickeln sich nur bei fehlerhafter Beschaffenheit der bei der Befruchtung zunächst mitwirkenden Theile, bei Abnormitäten des mütterlichen Organismus und bei Krankheiten oder Missbildungen der Eihäute und des Nabelstrangs.

Ueber den Puls bei Geisteskranken von Dr. *Edward Hun.*

Verfasser fasst seine Untersuchungen, die er an der Hand der *Wolf*'schen Arbeit angestellt hat, über die Pulsbeschaffenheit Geisteskranker vermittelst des Sphygmographen, zu folgenden Resultaten zusammen:

1) Der Puls Geisteskranker neigt immer zu Dicrotic- oder Monocrotic-Formen und ist nur tricrotic in Fällen, die durch andere körperliche Erkrankungen complicirt sind.

2) Die Pulswelle ist bei Geistesgesunden spitz, bei Geisteskranken flach. Ausnahmen kommen jedoch vor. Er habe einen alten Mann mit einem bedeutenden Vitium cordis gekannt, dessen Pulswellen spitz waren.

3) Findet man einen dicrotischen Puls, so muss entweder Fieber vorhanden sein und dann ist der Betroffene geistesgesund, oder kein Fieber, dann ist er geisteskrank.

4) Im Beginn der Geisteskrankheit, wo die Aufregung am akutesten ist, pflegt der Puls dem normal tricrotischen am ähnlichsten zu sein.

In demselben Maasse, wie die Aufregung nachlässt, wird der Puls dicrotic, um beim Blödsinn, wo die Affecte fehlen, Lähmungen eintreten u. s. w. mit monocratic zu schliessen. —

Empfehlung von Pepsin gegen Dyspepsie, Erbrechen der Schwangern und Durchfälle der Kinder. — Bromkalium gegen Rheumatismus.

Aprilheft 1870.

Ueber klinischen Unterricht in der Psychiatrie und die Nothwendigkeit der Kenntniss der Geistesstörungen und deren Behandlung für den praktischen Arzt.

Die namhaftesten amerikanischen Irrenärzte, in gerechter Würdigung des psychiatrischen Studiums für praktische Aerzte, traten zu einer gemeinsamen Besprechung zusammen, um zu entscheiden, in welcher Weise die psychiatrische Bildung der Aerzte am leichtesten und besten zu erreichen wäre. Man beschloss zunächst eine Eingabe bei der New-York medical Society einzureichen und das Petitum zu stellen, man möge die psychiatrische Ausbildung der Aerzte obligatorisch machen. Dies geschah im Februar 1870.

Ueber die Art und Weise, ob Klinik, ob ein längerer Aufenthalt in einer Irrenanstalt vorzuziehen sei, gingen die Meinungen auseinander. Man einigte sich dahin, damit den Anfang zu machen, dass man die Anstalt, die gerade errichtet werden sollte, in die unmittelbare Nähe des medical College zu Buffalo legte und hier klinischen Unterricht ertheilte.

Von den Deutschen wurde *Griesinger*'s, *Laehr*'s, *Westphal*'s und *Meyer*'s und ihrer Thätigkeit in dieser Richtung besonders lobend gedacht.

Geistige Ueberanstrengungen als Ursache somatischer Störungen.

Verfasser ist der Ansicht, dass man die Bedeutung geistiger Ueberanstrengungen in Bezug auf die Erzeugung körperlicher Krankheiten überschätzen könne. Das Gehirn sei das dauerhafteste, das widerstandsfähigste Organ, ein Organ, das die grössten Veränderungen zulasse, das die meiste Veränderung nöthig habe, die grösste animalische Kraft entwickele, sich in einzelnen Theilen ausruhen könne, wenn diese Theile überanstrengt seien und dabei mit anderen Theilen, die nicht überanstrengt weiter arbeiten könne. Er halte geistige, ja schwere geistige Arbeit als der Gesundheit zuträglich. Aber es treten Krankheiten ein, wenn bestimmte Kräfte zu sehr forcirt werden. Verfasser geht dann näher auf die verschiedenen Arten von geistigen Ueberanstrengungen ein. Er trennt Ueberanstrengungen in solche, die direct die körperlichen Krankheiten hervorrufen und solche, die eine bestehende Krankheit verschlimmern. Zu den ersteren gehört unter andern der Diabetes, der plötzlich in Folge eines sehr heftigen psychischen Chocs entstehe, ähnlich dem Diabetes, der entsteht, wenn man den 4. Ventrikel mit einer Nadel durchsteche.

Verfasser glaubt aus diesen Beobachtungen zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass geistige Ueberanstrengungen eher körperliche Krankheiten als Geistesstörungen hervorrufen.

(Der Artikel ist einseitig.

Ich vermisse, wenn der Verfasser von geistigen Ueberanstrengungen (mental over exertion) spricht, die gewaltsame Bearbeitung des Empfindens durch Leidenschaften, Sorge und Kummer. Der Artikel würde von grösse-

rer praktischer Bedeutung gewesen sein, wenn unter richtiger Würdigung der Bedeutung der mental over exertion für die Erzeugung und Verschlimmerung körperlich krankhafter Zustände und der in ihrem Gefolge erscheinenden psychischen Krankheiten, auch der psychischen Behandlung der Geistesstörung der ihr gebührende Platz eingeräumt und bestimmt worden wäre).

Dr. *Gray* berichtet über den Werth der sog. Special-Pathologen für Irrenanstalten, die dazu bestimmt sind, genaue Untersuchungen mit dem Augenspiegel, dem Sphygmographen und dem Mikroskop in Anstalten anzustellen, wo die Zeit der Aerzte dazu nicht hinreicht. Auf seinen Vorschlag sei bereits ein solcher angestellt und habe er für ihn folgende Aufgaben als die wesentlichsten bezeichnet:

1) Untersuchungen der Secretion in allen Stufen der Krankheit,

2) Untersuchungen des Pulses vermittelst des Sphygmographen.

3) Untersuchungen mit dem Augenspiegel.

4) Untersuchungen der Haut nach Temperatur, Farbe, Elasticität und Sensibilität.

5) Mikroskopische Untersuchungen.

6) Photographische Abbildungen von krankhaften Zuständen und Präparaten.

Dr. *Gray* ist augenscheinlich ein grosser Freund vom Augenspiegel, scheint mir aber zu weit zu gehen, wenn er behauptet, dass man mit dem Augenspiegel die allgemeine Paralyse mit Sicherheit vorher diagnosticiren könne, dass der Augenspiegel Aufschluss ertheile über die verschiedenen Stadien dieser Krankheit. Näheres darüber würde sehr erwünscht sein.

Juliheft 1870.

Dr. *Andrews* beschreibt einen Fall von Tobsucht in Folge der Basedow'schen Krankheit (Exophthalmus, Herzpalpitationen, Hypertrophie der Schilddrüse). Neues wird nicht gebracht; aber immerhin ein lesenswerther Artikel.

(Ich selbst behandelte vor kurzer Zeit eine 50jährige Frau, die seit Jahren an Hypertrophie der Schilddrüse, namentlich des mittleren Lappens und heftigen Herzpalpitationen, seit circa 6 Monaten an Exophthalmus litt und dann psychisch erkrankte. Die Form war eine ausgesprochene und scharf begrenzte Melancholie; dabei heftiger Drang zum Selbstmord. Patientin hatte bereits 4 Versuche gemacht, ihrem Leben ein Ende zu machen, ehe sie zu uns kam; nämlich 2 Mal durch Erhängen, ein Mal durch Hinabstürzen in einen Brunnen und das 4. Mal durch Verschlucken der Köpfe eines ganzen Bundes von Schwefelhölzchen. Die melancholische Verstimmung äusserte sich in der Weise, dass sie über die tiefgreifenden Veränderungen klagte, die in ihrem Gemüthsleben eingetreten seien, für Alles in der Welt, das Anderen Freude bereite, heilig und ernst sei, für Mann und Kind, für Haus und Hof, für Freunde und Verwandte, ihr jedes

Interesse abhanden gekommen sei. Sie fühle eine entsetzliche Oede und Leere in sich. Ihr Zustand sei ein hoffnungsloser und der Tod das einzige Mittel der Erlösung.

Recht bezeichnend war in diesem Falle die Gefrässigkeit. Patientin hatte nie das Gefühl der Sättigung. So viel sie ass, so wenig schlief sie. Man hat sie nie, weder am Tage, noch bei Nacht im schlafenden Zustande angetroffen. Von Hallucinationen keine Spur. Doch verwechselte sie leblose Gegenstände). —

In demselben Hefte finden wir einen Artikel, dessen Verfasser nicht genannt ist, über die verschiedenen Arten der Irrenversorgung. Er schliesst damit, dass für die amerikanischen Zustände die geschlossenen Anstalten den meisten Nutzen gewährten. Namentlich passe das Cottage-System nicht.

Octoberheft 1870.

Auf der 24. Versammlung der amerikanischen Irrenärzte ziehen sich durch mehrere Sitzungen die Debatten über den Werth des Bromkaliums gegen Epilepsie hindurch. Die meisten Redner waren der Ansicht, dass es selbst in veralteten Fällen noch die Anfälle mildere, die Wiederholungen derselben verzögere, aber die Bedeutung eines Mittels, das diese schreckliche Krankheit beseitige, überall nicht besitze. Dr. *Brown* will indessen in frischen Fällen die Beobachtung gemacht haben, dass es nach mehrmonatlicher Anwendung in Dosen von 300 Gran pro die Genesung herbeiführen könne. *Brown-Séquard* warnt vor der Anwendung in diesen hohen Gaben, da bei Anämie des Gehirns plötzlich allgemeine Lähmung eintreten könne, die dann gewöhnlich schon in wenigen Stunden zum Tode führe.

(Mit Bezug auf die Behandlung der Epilepsie kann ich die Mittheilung hier nicht unterlassen, dass ich vor Kurzem eine sehr auffallend günstige Wirkung von subcutanen Injectionen mit Atropin beobachtet habe).

Dr. *Ray* berichtet bei *Baker Brown* in England Fälle gesehen zu haben, wo die Entfernung der Klitoris bei jungen Mädchen, die stark onanirten und in Folge dessen epileptisch wurden, zur Heilung geführt habe.

Dr. *Ray* will in der Puerperalmanie die Beobachtung gemacht haben, dass Volumsvergrösserung des Uterus eine günstige, die Rückkehr zur normalen Grösse dieses Organs zur Zeit der geistigen Erkrankung eine ungünstige Prognose stelle. Die einzig wahre Behandlung in der Puerperalmanie sei die örtliche Behandlung der Geschlechtsorgane.

Dr. *Brown* referirt über Fälle von Geistesstörung bei Kindern. Er hebt hervor, dass die Krankheit sich oft mit Neigung zum Selbstmord und Gewaltthätigkeiten complicire.

(Einen solchen Fall, der nicht ohne Interesse ist, habe ich selbst behandelt. Ein 8jähriger Knabe bekam Scharlach, verlor in dieser Krankheit sein Gehör und wurde circa 3 Monate später gestört. Der Trieb zum

Selbstmord war ein so heftiger, dass er am Tage von Wärtern gehalten und des Nachts im Bette auf das Sorgfältigste bewacht werden musste). —

Ueber die Zweckmässigkeit des Unterrichts Geisteskranker gingen auf dieser Versammlung die Ansichten der Aerzte sehr auseinander. Grosse Lobredner, scharfe Tadler. (Bei richtiger Auswahl wird wohl nur Gutes von einer solchen Einrichtung zu erwarten sein). —

Ueber die Anwendung des Chlorals in der Behandlung Geisteskranker. Man einigt sich dahin, dass es sicherer, wie jedes andere Mittel, Schlaf hervorrufe und zur Herstellung der Ruhe des Hauses, die so oft und so empfindlich durch unheilbare Schreier gestört werde, sehr geeignet sei. Einen weiteren Nutzen habe man sich nicht davon zu versprechen. Dagegen sei es ein vorzügliches Mittel gegen Menstrualcoliken, bei drohendem Abortus, gegen Neuralgien jeder Art.

Dr. *Gundry* behauptet, dass die Temperatur des Körpers schon nach einmaliger Anwendung des Chlorals in gewöhnlicher Gabe herabgesetzt werde. Chloral sei ein vorzügliches Antidotum bei Strychnin-, Strychnin ein ebenso wirksames Mittel gegen Chloralvergiftungen.

Dr. *Hasse.*

W. Wundt, Untersuchungen zur Mechanik der Nerven und Nervencentren. 1. Abtheilung. Ueber Verlauf und Wesen der Nervenerregung in Beziehung dieser Abhandlung zur Stellung des Klinikers.

Es sollen in Folge aus dieser an Thatsachen und Ausführungen specieller und allgemeiner Natur so reichen Arbeit nur diejenigen Thatsachen hervorgehoben und in Erörterung gezogen werden, welche eine besondere Bedeutung für den Kliniker beanspruchen.

Die *Pflüger*'schen Lehren über Anelektrotonus und Katelektrotonus erhalten durch *Wundt*'s Arbeit, namentlich bezüglich des Entstehens und Verschwindens dieser Zustände und wegen ihrer Beziehung zu den Reizungserscheinungen am Muskel einige Aenderungen. Nach *Pflüger* zerlegt der dauernde constante Strom den durchflossenen Nerven in den Zustand des Anelektrotonus (Zustand verminderter Erregbarkeit, im Wirkungsgebiet des positiven Pols, der Anode) und des Katelektrotonus (Zustand gesteigerter Erregbarkeit, in der Umgebung des negativen Pols, der Kathode), mit einem Indifferenzpunkt. Mit der Stromverstärkung rückt der letztere gegen die Kathode, so wie dann beide Zustände an Intensität und Ausbreitung zunehmen etc. Diese elektrotonischen Erregbarkeitsveränderungen treten nun nach *Wundt*'s Untersuchungen nicht sogleich nach der Schliessung des Stromes ein, sondern sie sind erst der Gleichgewichtszustand, welcher nach Ablauf der die Schliessung begleitenden und ihr unmittelbar folgen-

den Erregbarkeitsschwankungen eine Zeit lang zurückbleibt. Ueber die Art und den Verlauf der die Schliessung des konstanten Stroms begleitenden Vorgänge ist Folgendes zu bemerken:

- Bei Strömen von gewisser mässiger Intensität, welche bereits Zuckungen auslösen, ist bei extrapolarer Prüfung an der Anode während der Zeit der latenten Reizung zunächst ein Stadium der Unerregbarkeit zu unterscheiden, von der Dauer von ungefähr $^{1}/_{200}$ Secunde, in seiner Dauer wechselnd nach dem Grade der Stromstärke. Hierauf folgt das Stadium der wachsenden Erregbarkeit, die Höhe der Erregbarkeit nimmt ab mit der Höhe der Stromstärke. Während der jetzt folgenden Dauer der Zuckung nimmt die Erregbarkeit bis zum Maximum zu, welches zusammenfällt mit dem Zuckungsmaximum, dann folgt Abnahme derselben, doch ist am Ende der Zuckung noch immer sehr vermehrte Erregbarkeit vorhanden. Dieselbe Vermehrung ist auch noch nach vollendeter Zuckung zu konstatiren, sehr bald macht sich jedoch jetzt die Hemmungswelle bemerkbar.

Dieselbe Natur und denselben Verlauf bieten im Allgemeinen die Erregbarkeitsschwankungen zur Seite der Kathode dar, mit dem Unterschied, dass die Erregungen bedeutender, die Hemmungen geringer sind. So ist das Stadium der Unerregbarkeit im Beginn der Zeit der latenten Reizung sehr kurz, die Hemmungen nach vollendeter Zuckung flüchtig.

Besonders zu bemerken ist noch das Verhalten bei den schwächsten, keine Zuckung erregenden, und dann das bei den stärksten Strömen. Bei den ersteren breitet sich zur Seite der Anode eine langsam und mit abnehmender Geschwindigkeit sich fortpflanzende Hemmungswelle aus, zur Seite der Kathode eine schnell sich fortpflanzende Erregungswelle. Bezüglich der starken Ströme wird an der Anode schon an der oberen Grenze der 2. *Pflüger*'schen Zuckungsstufe (d. h. es erfolgen Schliessungs- und Oeffnungszuckungen des auf- und des absteigenden Stroms) ein Stadium erreicht, wo während der Zuckungsdauer die Erregbarkeit geringer ist, nach vollendeter Zuckung Hemmung in der Nähe der Anode vorhanden ist, während in beiden Fällen an einer von ihr entfernten Stelle noch vermehrte Erregbarkeit besteht. Ueberschreitet man die Grenze zur 3. Zuckungsstufe (d. h. nur Schliessungszuckung des absteigenden, nur Oeffnungszuckung des aufsteigenden Stroms), so bleibt nur die Hemmungswelle bestehen, welche sich rasch fortpflanzt. An der Kathode treten bei stärkeren Strömen die vorübergehenden Hemmungen nach vollendeter Zuckung öfter und deutlicher hervor, während bei den stärksten Strömen nach *Wundt* sich nur eine Hemmungswelle ergiesst, ähnlich der unter der Anode.

Was die Vorgänge in der intrapolaren Strecke betrifft, so stimmen sie wesentlich mit der extrapolaren überein. Speciell gilt dies von der Zunahme der Erregbarkeit. Die Hemmungserscheinungen sind intrapolar stärker ausgeprägt, wie schon bei mässig starken, der 1. Stufe des Zuckungsgesetzes entsprechenden Stromstärken die Hemmung sich über die ganze intrapolare Strecke ausdehnen kann.

Eine weitere Reihe von Untersuchungen erstreckt sich auf die Oeffnungserregung. Die Erscheinungen bei der Oeffnung eines constanten Stroms bestehen in: 1. der plötzlich eintretenden Erregung und 2. aus den Hemmungsvorgängen, und zwar aus der zurückbleibenden anodischen Schliessungs-Hemmung, und der erst entstehenden kathodischen Oeffnungs-Hemmung. Die erstere überwiegt bei schwachen, die letztere bei starken Strömen. Bei mittleren Stromstärken ist die Hemmung am geringsten. Die Intensität der Hemmung ist intrapolar grösser, was zur Seite der Kathode besonders deutlich hervortritt, wenn ein starker Strom längere Zeit geschlossen war. Die Hemmungen sind flüchtig, so dass bald überall nur vermehrte Erregbarkeit nachweisbar ist. Diese letztere ergiebt in allen Fällen keine Verschiedenheit intra- und extrapolar.

Besonders hervorzuheben ist ferner, dass die Hemmung bezüglich der Schliessung des Stroms bei sehr schwachen Strömen der Anode; ferner dieselbe im Stadium der Unerregbarkeit bei latenter Reizung, ferner dieselbe an der Anode und Kathode bei starken und sehr starken Strömen, — dann bezüglich der Oeffnung des Stroms, bei schwachen Strömen an der Anode, bei starken Strömen an der Anode und Kathode so wohl gegen Minimal- als Maximalreize (Oeffnungs-Induktionsschläge) sich verräth, dass aber sämmtliche übrige erwähnte Hemmungen nur gegen Minimalreize hervortreten, während gegen Maximalreize gesteigerte Erregbarkeit in allen diesen Fällen sich kund giebt.

Die dauernden Erregbarkeits-Veränderungen nach geschlossenem Strom (im An- und Katelektrotonus) sind nach *W.* ebenso wie die äussere Erregung beim Schliessen des Stroms, aus der Fortwirkung der erregenden und hemmenden Kräfte des Nerven, aus ihrem gegenseitigen Grössenverhältniss, und aus der so sich bildenden Resultante zu erklären. Es liegt so z. B. bei mässigen Stromstärken der positive Werth der letzteren zwischen Zeitgrenzen eingeschlossen, die von der Stärke und Richtung des Stromes abhängen, so aber, dass die Funktion immer mit merklichen positiven Werthen erst eine kurze Zeit nach der Schliessung beginnt, und nach längerer Zeit negative Werthe annimmt. Dies Letztere findet an der Anode verhältnissmässig bald statt, unter Umständen jedoch, auch bei schwachen und mässigen Stromstärken an der Kathode (Modification des Nerven).

Mit diesen veränderten Anschauungen über die Vorgänge, welche die Schliessung und Oeffnung des konstanten Stroms begleiten, hängen auch die über den Ort der Reizung bei verschiedenen Stromstärken zusammen. Es wurde bekanntlich bisher die Schliessungserregung auf das Entstehen des Katelektrotonus, die Oeffnungserregung auf das Verschwinden des Anelektrotonus bezogen. Nach *W.* dagegen kann bei mittleren Stromstärken, wo Gleichheit der ab- und aufsteigenden Schliessungszuckung besteht, die ganze intrapolare Strecke als gleichmässig betheiligt an der Schliessungserregung angesehen werden. Zwar ist die Hemmung nicht gleichmässig

vertheilt, doch hindert sie nirgend die Fortpflanzung der Erregung.* Bei schwächeren und stärkeren Strömen, wo an der Anode eine Beeinträchtigung der Leitung stattfindet, ist auch die intrapolare Erregung nicht mehr überall gleich, obgleich die Unterschiede nicht so bedeutend sind, als die Muskelzuckung sie darstellt. Jedoch erst bei sehr bedeutenden Stromstärken beschränkt sich die Schliessungserregung auf den Umkreis der Kathode. — Die Oeffnungserregung entsteht nur, wenn die Schliessung des Stroms so lange dauerte, dass während derselben eine deutliche Hemmung sich ausbilden konnte, durch deren Ausgleichung die Erregung entsteht. Es ist wahrscheinlich, dass bei mässigen Stromstärken die ganze intrapolare Strecke, wenn auch in verschiedenem Grade, an jener Ausgleichung betheiligt ist. Bei den schwächsten Strömen, wo die zurückgebliebene anodische Schliessungshemmung überwiegt, wird an der Anode die Reizung im Vergleich mit anderen Stellen der intrapolaren Strecke vermindert. Bei starken Strömen (zuweilen auch nach längerer Schliessungsdauer schwächere) entsteht an der Kathode eine Unterbrechung der Leitung. Es ist in diesem Fall die Anode als Ort der Reizung oder vielmehr als der Ort zu betrachten, wo die Oeffnungshemmung nicht so stark ist, dass sie den Antrieb zur Erregung unterdrückt. Bei den allerstärksten Strömen, bei denen die absteigende Oeffnungszuckung wieder erscheint (dies macht mit dem Ausbleiben der absteigenden Schliessungszuckung die 4. Stufe des Zuckungsgesetzes nach *Wundt* aus) ist der Sitz der intensivsten Erregung in der Nähe der Anode.

Die bisher dargelegten Erregbarkeitsschwankungen im Bereich der Anode und der Kathode bei der Schliessung, während der Dauer derselben und nach der Oeffnung des konstanten Stroms verdienen die besondere Beachtung Derjenigen, welche die Methode der therapeutischen Heilwirkung des konstanten Stroms auf die physiologischen Einwirkungen desselben aufbauen zu können glauben. Es folgt daher zur erleichterten Uebersicht eine Zusammenstellung der Hauptmomente der Erregbarkeitsveränderungen je nach den Umständen und Zeiten.

Zeiten.	Anode bei minimalem Reize.	Anode bei maximalem Reize.	Kathode bei minimalem Reize.	Kathode bei maximalem Reize.
	Mittelstarke Ströme.			
Schliessung des Stromes. Zeit der latenten Reizung.				
a) Stadium der Unerregbarkeit	Hemmung	Hemmung	geringere Hemm.	gering. Hemmung
b) Stadium der wachsenden Erregbarkeit	Erregung	Erregung	grössere Erregung	grössere Erregung
Zuckungsdauer	grössere Erregung	grössere Erregung	grössere Erregung	grössere Erregung
Vollendete Zuckung	Erregung	Erregung	grössere Erregung	grössere Erregung
Hierauf folg. Dauer der Schliessung	Hemmung	Hemmung	flüch. Hem. dann Er.	Erregung
Oeffnung des Stroms	Hemmung	Erregung	Hemmung	Erregung
Bald nachher	Erregung	Erregung	Erregung	Erregung
	Schwache Ströme.			
Die Vorgänge sind bis zur Oeffnung des Stroms wie die der mittelstarken Ströme, mit der Ausnahme, dass bei sehr schwachen, unter der Zuckungsgrenze gelegenen Strömen zur Seite der Anode sich nur eine Hemmungs-, der Kathode nur eine Erregungswelle ausbreitet.				
Oeffnung des Stroms	Hemmung	Hemmung	Erregung	Erregung
Bald nachher	Erregung	Erregung	Erregung	Erregung
	Starke Ströme.			
Gleich nach der Schliessung und während der Zuckungsdauer	Hemmung während in grösserer Entfernung noch Erregung besteht	Hemmung	Erregung	Erregung
Nach vollendeter Zuckung	Hemmung	Hemmung	flücht. Hemmung	Erregung
Oeffnung des Stroms	Hemmung	Hemmung	grössere Hemmung	Hemmung
Bald nachher	Erregung	Erregung	Erregung	Erregung

Der Uebergang der einzelnen Stromstärken in einander ist ein allmähliger, so namentlich der der mittelstarken in die starken Ströme. Zur Vervollständigung wäre noch die 4. Stufe nach *Wundt* hinzuzufügen, wo unter der Kathode auch bei der Schliessung und während der Dauer derselben Hemmung entsteht.

Bei der Uebertragung der vorstehenden Erregbarkeitsschwankungen auf das therapeutische Handeln würde es sich um die Klarstellung der maassgebenden Gesichtspunkte handeln. Man könnte die Ansicht haben, dass jede Zustandsänderung der Nervenfasern, welche bei einer bestimmten Applikation eintrete, mit jeder anderen gleichberechtigt sei, also in Betracht gezogen werden müsse. Zu welcher Verwirrung dies führen würde, zeigt z. B. ein Blick auf die 1. und 2. Colonne, Erregbarkeitsschwankungen um die Anode bei Minimal- und Maximal-Reizen für mittelstarke Ströme. Eine weitere Ansicht könnte demjenigen Zustande das grösste Gewicht einräumen, der sich der Zeit nach am längsten geltend macht. Dies würde z. B. bei dem angezogenen Beispiel die Hemmung an der Anode während der Schliessungsdauer sein. Es würde hier jedoch auch der Gesichtspunkt in Erwägung zu ziehen sein, dass diese hemmende Wirkung keine einfache Grösse ist, sondern vielmehr die Resultante aus hemmenden und erregenden Kräften mit dem Uebergewicht der ersteren, dass bezüglich des Molekularzustandes des Nerven und etwaiger folgender Veränderungen die etwaige Wirkung der letzteren nicht ausser Acht zu lassen sei, wie z. B. einen Beweis von Fortschreiten der Erregbarkeitsänderungen die unter Umständen eintretende Modifikation des Nerven ablegt. Keinenfalls würde dieser zweite Gesichtspunkt ein mehr berechtigter sein, als der jetzt folgende dritte, dass die zuletzt eingetretene Zustandsänderung des Nerven für den therapeutischen Erfolg maassgebend sei, welcher, wie die Uebersicht zeigt, in allen Fällen sich als gesteigerte Erregbarkeit kund giebt.

Von besonderem Gewicht sind ferner *Wundt*'s Auseinandersetzungen über den asthenischen Zustand des Nerven im Gegensatz zum sthenischen, lebenskräftigen Zustande, über den das bisher Gesagte gilt. Der asthenische Zustand gehört theils noch physiologischer Breite an, findet sich z. B. am Ende des Winterschlafs der Frösche, theils stellt er den Erregungszustand des verhältnissmässig zu lange, oder mit zu hohen Stromstärken gereizten, des überreizten Nerven dar. Die wesentlichsten Unterschiede von dem bisher dargestellten Verlauf der Erregbarkeitsveränderungen bestehen in Folgendem: Bereits bei den schwächsten, keine Zuckung erregenden Stromstärken bricht die Erregungswelle auch über die Anode aus (beim sthen. Nerven hier die Hemmungswelle). Ursprünglich ist sie nur in der von der Anode entfernten (extrapolaren) Stelle, dann geht sie in der Umgebung der Anode der Hemmungswelle voran. Diese nimmt (bei Steigerung des asthenischen Zustandes) immer mehr an Intensität und Geschwindigkeit ab, bis zuletzt, in den höchsten Graden der Asthenie, die Reizung nur in vermehrter Erregbarkeit nachklingt. An der Kathode zeigt sich wenig

Veränderung. Die Grenze, wo die Veränderung der Erregbarkeit nachweisbar ist, rückt immer näher an die Zuckungsgrenze heran, fällt endlich mit ihr zusammen. — Ferner ist bei Zuckung erregenden Stromstärken die Dauer der Unerregbarkeit in Folge der Asthenie an der Anode und Kathode bedeutend vergrössert. — Wenn ferner beim sthenischen Nerven während des Stadiums der wachsenden Erregbarkeit und während der Zuckungsdauer mit der Zunahme der Stromstärke die Erregbarkeitszunahme zunächst zur Seite der Anode, in geringerem Maasse oder später zur Seite der Kathode, abnimmt, so vermehrt bei beginnender Asthenie der stärkere Strom das Wachsen der Erregbarkeit, bis endlich in den höchsten Graden der Asthenie die wechselnde Stromstärke ohne Einfluss ist. — Wenn ferner beim sthen. Nerven nach vollendeter Zuckung, in geringerem Grade und flüchtig an der Kathode, dauernd an der Anode, und zwar zunehmend und früher eintretend bei starken Strömen, endlich auch Letzteres bei den stärksten Strömen an der Kathode — die Hemmung auftrat: so nehmen in allen diesen Fällen die Hemmungserscheinungen mit zunehmender Asthenie ab. Mehr und mehr tritt nur vermehrte Erregbarkeit auf, die sich zu erkennen giebt durch Verstärkung der Schliessungszuckung und Wiederauftreten derselben, wenn sie durch starke Ströme zum Verschwinden gebracht war.

Den Zustand des asthenischen Nerven charakterisirt *W.* folgendermaassen (§. 126): Im asthenischen Zustande ist der innere Kräftevorrath des Nerven vermindert, und die Geschwindigkeit hat abgenommen, in welcher die erregenden und hemmenden Kräfte, besonders die hemmenden, auf Anstoss wirksam werden. Wenn z. B. bei mittelstarken Strömen im Stadium der wachsenden Erregbarkeit zwei von einander entfernte Zeitpunkte sowohl die Hemmungs- als Erregungscurve einen bestimmten namhaften Unterschied der Ordinatenhöhe darbieten, so ist derselbe für beide im asthenischen Zustande geringer. Die Vorgänge haben eine geringere Geschwindigkeit. Daher klingt die Erregung länger und stärker nach, ohne dass die erregenden Kräfte vermehrt sind. Die anscheinend vermehrte Reizbarheit des asthenischen Nerven hat nur in der schwächer und langsamer widerstehenden Hemmung ihren Grund, wodurch während längerer Zeit die Erregung sich ansammeln kann. Im asthenischen Zustande ist das Erregungsquantum einer bestimmten Zeit vermindert, aber die Zeit der Erregung vergrössert. Daher ist das ganze Erregungsquantum auf einen einmaligen Reiz vergrössert.

Bei dieser Darstellung des asthenischen Zustandes wird der Kliniker der Nervenkrankheiten an Zustände erinnert, die theilweise im Bereiche relativer Gesundheit liegen, theils der mehr oder weniger vorgeschrittenen Krankheit angehören, die sich ebenfalls durch das leichte Eintreten von Erregungszuständen auszeichnen, ohne dass der innere Kräftevorrath vermehrt ist. Es sind die Zustände der Nervosität, der reizbaren Schwäche, wie sie auf allen Gebieten des Nervenlebens auftreten. Während die leicht eintretende Erregung ein Uebermaass von Kräften anzuzeigen scheint, sind

die Produkte geringer als normal, erfolgt eine um so grössere Erschöpfung nach Ausgabe des Kräftevorraths. Es ist in obigen Ausführungen eine genauere Präcision dieser Zustände gegeben, in so fern einerseits die Erregungskräfte, jedoch in höherem Grade die ihre Vertheilung regulirenden, ihren Verbrauch hier fernhaltenden hemmenden Kräfte verringert sind. — Diese Uebereinstimmung ist nun allerdings nur eine aus manchen Analogien geschöpfte, ferner nur eine allgemeine, in so fern Anschauungen die aus Experimenten an der peripheren Nervenfaser abstrahirt sind, auf Erscheinungen des ganzen Nervensystems übertragen werden, als deren Sitz sogar bisher fast ausschliesslich die Centren mit ihren Ganglienzellen angesehen wurden. Es weist jedoch auch die experimentelle Prüfung des peripheren Nervensystems bei manchen Kategorien von Geisteskranken Thatsachen auf, die eine mehr oder minder vollständige Analogie mit manchen Resultaten jener Thierexperimente darbieten. Dieselben wurden bei geisteskranken Zuständen von *Benedikt* zuerst hervorgehoben und bestehen zunächst in Zuständen gesteigerter Erregbarkeit: die Erregung tritt leichter, auf einer niedrigeren Stromstärke ein. Es tritt bei Reizung auf der niedrigsten Stromstärke sofort die starke (maximale) Contraktion ein, ohne vorhergehende schwache (minimale). Die Erregung auf einen Reiz klingt länger und stärker nach, so dass die Zuckung bei hinter einander wiederholter Reizung auf einer viel niedrigeren Stromstärke erfolgt, bei einem viel grösseren Abstand von der Anfangszuckung, als dem Strom entspricht. Dahin gehören auch die Erscheinungen der tetanischen und klonischen Reaktion auf einmaligen Reiz mit dem konstanten Strom. Diesen Erscheinungen von gesteigerter Erregbarkeit stehen auf der anderen Seite in vollkommen derselben Weise die der Erschöpfbarkeit gegenüber, als Beweis der Verringerung des inneren Kräftevorraths. Die Ausfüllung der Lücken, welche die klinischen Thatsachen im Verhältniss zu den Thierexperimenten noch darbieten, scheitert zum Theil daran, dass starke Ströme, die den Verlust der Hemmung an der Anode etc. ergeben würden, bei Menschen nicht applicirbar sind. Eine Thatsache, die man bisher auf verlangsamte Leitung in den Central-Ganglienzellen ausschliesslich zu beziehen geneigt war, bietet jetzt auch eine sie vielleicht z. Th. erklärende Analogie mit einem Vorgange in den peripheren Nervenfasern, das langsame Zustandekommen der Empfindung und der Reflexbewegung einerseits und die sehr bedeutende Zunahme des Stadiums der Unerregbarkeit in den asthenischen Nervenfasern andererseits.

Jene Ausführungen enthalten ferner eine Reihe von Thatsachen, welche der therapeutischen Anwendung des konstanten Stroms weiter die physiologische Basis entziehen. Wenn bei einem grossen Theile der oben charakterisirten Fälle die therapeutische Absicht darauf hinausgeht, die gesteigerte Erregbarkeit herabzustimmen, so kann der physiologische Effekt des konstanten Stroms nur zu noch gesteigerter Erregbarkeit führen. Es geschieht dies in um so höherem Grade, je mehr der Zustand der

mit der gesteigerten Erregbarkeit etc. vorhanden ist. Wie sehr diese unmittelbare Uebertragung auf das therapeutische Gebiet gerechtfertigt ist, zeigen manche Fälle, welche jene physiologische Einwirkung, die Zunahme der Reizungserscheinungen, der Schlaflosigkeit etc., selbst bei den schwächsten Strömen in so unangenehmer Weise zeigen, dass selbst in einem gewissen Stadium die Anwendung des konstanten Stroms bei ihm vielleicht kontraindicirt ist. Da nun doch bei einem grossen Theil von Fällen die reizmindernde Einwirkung des konstanten Stroms eintritt, so muss die Art der Einwirkung eine andere, als nach jenem physiologischen Schema sein.

Dr. *Tigges.*

Grundzüge der Criminal-Psychologie auf Grundlage des Strafgesetzbuchs des deutschen Reichs für Aerzte und Juristen von Prof. Dr. *R. von Krafft-Ebing.* Erlangen 1872; 152 S.

Wiederum hat uns der fleissige Verfasser mit einem neuen Werke beschenkt. Mit richtigem Takte hat er in einer Zeit, in welcher das äussere und innere Leben der Nation auf allen Gebieten so umfassende Wandlungen durchkämpft, das Bedürfniss herausgefühlt und klar erkannt, auch die Forschungen einer Special-Disciplin, ohne deren genaueste Berücksichtigung fürderhin keine Gesetzgebung mehr gedeihen kann, für diese und die gesammte Strafrechtspflege nutzbringend zu machen. Dieser Absicht, welcher Verf. bereits auch in seiner neuen Stellung als Lehrer an der Strassburger Hochschule praktische Ausführung verleiht, ist das vorliegende Werk entsprungen.

Nach einer Einleitung, in welcher die Bedingungen der strafrechtlichen Zurechnung in kurzen Zügen entwickelt werden, wird der Begriff der Zurechnungsfähigkeit, deren Zustandekommen und Bedingungen übersichtlich dargelegt, daraus die Attribute eines „freien" Handelns fixirt, und schliesslich die empirischen Modi, unter welchen die Selbstbestimmungsfähigkeit geändert oder aufgehoben wird, unter viererlei Kategorien auseinandergesetzt; diese sind: 1) das kindliche Alter, 2) Hemmungen der Entwickelung, 3) Geistesstörung, 4) transitorische Zustände krankhafter Bewusstlosigkeit. Diese vier Kategorien werden nun im Einzelnen abgehandelt, und zwar immer mit Rücksicht auf die einschlägigen §§ des neuen deutschen Strafgesetzbuchs. Die Besprechung ist durchweg eine eingehende, symmetrische und an den geeigneten Stellen mit beachtenswerthen kritischen Zusätzen, namentlich für den Standpunkt des Richters, versehen (so besonders im 1. Capitel über das gesetzliche Alter der criminellen und civilrechtlichen Reife). Die Schilderung der einzelnen Formen ist plastisch, voll feiner Bemerkungen, und namentlich der der zweiten Kategorie beigegebene Anhang über das moralische Irresein so scharf in der Umgränzung, so er-

schöpfend in der Charakteristik (man vergleiche hier besonders die differentielle Diagnose gegenüber dem Verbrecher), so umfassend in der Behandlung des Stoffs, die überall auf anthropologische Vertiefung dringt, dass Ref. dieses Capitel mit für das Beste der Schrift halten möchte. Mit demselben Geschick finden sich aber auch im folgenden Capitel über die Geisteskrankheiten alle neueren Anschauungen, und namentlich auch die vom Verf. selbst in früheren Einzel-Abhandlungen gewonnenen Resultate zu einem organischen Ganzen verbunden, immer mit specieller Berücksichtigung des richterlichen Standpunktes, für welchen es galt, einerseits den herrschenden landläufigen Bedenken gegen die Unzurechnungsfähigkeit Geisteskranker entgegenzutreten, andererseits die fundamentalen Anschauungen und Ergebnisse, so weit diese jetzt als wissenschaftlich gesichert zu betrachten sind, darzulegen. Verf. ist dieser Aufgabe in ebenso umsichtiger als eindringlicher Weise nachgekommen; für den Arzt speciell enthält aber dieses Capitel wieder eine Reihe der treffendsten Bemerkungen. Vielleicht liegt in diesen Vorzügen auch mit der Grund, dass Ref. hiedurch verwöhnt, von dem folgenden Abschnitt „über das Wesen der Geisteskrankheit" etwas weniger befriedigt ist. Es ist ja schön und gut, und Niemand unterschreibt es bereitwilliger als Ref., dass Geisteskrankheiten Hirnkrankheiten sind, ja sogar, um ganz modern zu reden: dass sie Erkrankungen der grauen Rindenschichte des Gehirns sind (p. 44). Aber abgesehen davon, dass diese apodiktische Formulirung noch zum grösseren Theile ein Postulat; was thut damit der Richter? Ist damit etwa das Was? einer Geisteskrankheit, und gerade nach ihrer forensen Bedeutung, um welche es ja dem Verf. vorzugsweise zu thun ist, durchsichtiger geworden? Wie namentlich in jenen nur zu häufigen Fällen, wo kein abnormes klinisches Hirnsymptom nachweisbar ist? Unser Verf. giebt auch da manch guten Wink; man sieht überall, wie er dem Problem nachgestrebt; aber warum nicht direct auf den Kern der Sache losgegangen? Dieser Kern ist und bleibt aber nach des Referenten Ansicht nun einmal kein anderer als die auf organischer Basis d. h. durch ein Nervenleiden gehemmte oder aufgehobene Selbstbestimmungsfähigkeit. Damit thut man dem anthropologischen Standpunkt, den Verf. mit Recht überall so urgirt, noch lange keinen Eintrag und verfällt auch noch nicht auf einen philosophischen Abweg, den unser Verf. so sehr fürchtet. Geisteskrankheiten sind nun eben einmal Hirnkrankheiten besonderer Art und so wenig wir in der klinischen Betrachtungsweise der psychologischen Symptome entrathen können, im Gegentheil diese in erster Linie zur Eintheilung, zur differentiellen Diagnose etc. brauchen: eben so wenig können wir in forenser Hinsicht dieser wesentlichsten Criterien entbehren. Aus demselben Grunde hätte Ref. auch statt der „subjectiven Aenderungen der psychischen Individualität," welche unser Verf. als Grundzeichen der psychischen Kra[illegible] stellt (p. 45), viel lieber den prägnanten Ausdruck unseres Me[illegible] „Krankheiten der Person" gewünscht. Zweifellos hat wohl ur[illegible]

Gleiche gemeint; aber diese andere Redaktion ist doch weitaus tiefer, und, nach des Ref. Urtheil, in forenser Hinsicht fruchtbringender.

Es werden nun in Folgendem die einzelnen Formen des Irreseins mit ihren klinischen Modificationen abgehandelt, da und dort auch mit einer lehrreichen casuistischen Skizze illustrirt. Der ganze Abschnitt trägt dieselben oben schon namhaft gemachten Vorzüge: in conciser Diktion wird Alles Wesentliche, geklärt nach den neuesten wissenschaftlichen Anschauungen, in kritischer Sichtung, und dabei so erschöpfend und vollständig wiedergegeben, dass die zugemessene Form da und dort oft etwas knapp erscheint gegenüber der Reichhaltigkeit des Inhalts. Ueberall tritt dem Leser das wohlthuende Gefühl entgegen, dass der Verf. seinen Stoff vollständig beherrscht, wie denn auch bereits die meisten der hier abgehandelten Capitel in früheren Schriften des Verf. monographisch — jetzt gereifter — behandelt worden sind.

Den Schluss des Werks bildet ein vorzugsweise den praktischen Standpunkt des Richters berücksichtigendes Resumé über gewisse formell technische Fragen behufs Erkennung und Ermittelung des subjectiven Thatbestandes, der Art der Stellung des sachverständigen Technikers zum Richter, der Abfassung des sachverständigen Gutachtens und seiner bindenden Kraft für die Gerichts-Personen, mit einigen kurzen aber scharf durchdachten Bemerkungen über Simulation.

In dieser einheitlich geschlossenen Form bildet das vorliegende Werk einen sehr beachtenswerthen Beitrag zur forens-psychiatrischen Literatur unserer Tage. Wenn es auch nicht wesentlich neue Gesichtspunkte schafft, so hat es das nicht minder anzuerkennende Verdienst, mit grossem Geschick und Sachkenntniss die Gesammt-Resultate der Wissenschaft nutzbringend gemacht zu haben. Es repräsentirt so in nuce den neuesten gerichtlich-psychiatrischen Standpunkt in ebenso gedrungener als gehaltvoller Form, und möchte desshalb vom Ref. auf's Wärmste Allen empfohlen werden, welchen diese schwierige aber hochwichtige Disciplin am Herzen liegt oder gar praktischer Beruf ist. Von unserem Verf. aber, der seine Kraft an so Grossem versucht, erwarten wir freudig, dass er fortfahre im Einzelnen auszubauen und zu vertiefen, was der gedrängte Umriss oft nur andeuten konnte; vielleicht befreundet er sich dabei auch (und hoffentlich nicht zu seinem Schaden!) mit unseren Philosophen, die bei näherer Bekanntschaft auch nicht Alle so böse Leute sind, wie dies unser Verfasser — etwas gar zu gestrenge! — uns glauben machen will. *Sch.*

Statuten des St. Gallischen Hülfs-Vereins für genesende Gemüthskranke. Gegründet am 23. Mai 1866. Ragaz (W. Lehmann) 1868 nebst dem 3. und 4. Berichte des engeren Comité des Vereins von den Jahren 1870 und 1871. —

Diese Statuten geben in 12 Paragraphen Auskunft über die Aufgaben des Vereins: Schutz der von Irresein genesen oder gebessert aus der Kantons-Anstalt St. Pirminsberg entlassenen Armen und Hülfsbedürftigen vor Rückfällen der Krankheit durch passende Unterbringung und Beschäftigung, durch nöthige Unterstützung mit Geld, Kleidern, Werkzeugen, und durch Abwehr von Kummer und Sorge; so dann die Hebung der öffentlichen Irren-Pflege: durch Bekämpfung von Vorurtheilen und Verbreitung richtiger Ansichten über Asyle und Irresein und durch Förderung zeitiger Aufnahmen; — desgleichen über die Pflichten der Mitglieder (jährlicher Minimal-Beitrag von 2 Fr.) und über die Verwaltung des Vereins. Angefügt ist ein Aufruf zum Beitritt zu dem letzteren, über dessen Erfolg die beiden erwähnten Berichte die erfreulichsten Aufschlüsse geben. Die stets wachsende Zahl der kantonalen und ausserkantonalen Mitglieder ist bereits gegen 800 gestiegen, an Vermächtnissen und Geschenken ist seit dem Bestande des Vereins ein erhebliches Capital eingegangen und letzterer in Besitz eines ansehnlichen Vermögens, und zahlreiche Unterstützungen im Betrage von 10 bis 100 Fr. sind an Genesene verabreicht worden. Der hauptsächlichste Nutzen des Instituts wird sich aber erst nach Jahren in den steigenden Curve der Genesenen und in der sinkenden Curve der Recidive erkennen lassen. Es verdient aber auch der Eifer und die Rührigkeit der Mitwirkenden die höchste Anerkennung. Die den vor uns liegenden Berichten beigefügten Aufklärungen und Belehrungen für das Publikum, in welchen wir die Feder des verdienten Director *Zinn* zu Pirminsberg zu erkennen glauben, verbreiten sich in klarer und eindringlicher Sprache über alles, was für den Laien nöthig ist, um ihn zu richtiger Beurtheilung und zweckmässiger Behandlung der Geisteskranken in Stand zu setzen. Möchte daher dieser gewiss segensreiche Verein, dessen Entstehung ohne Zweifel der Anstalts-Direction zu Pirminsberg zu verdanken ist, in weiten Kreisen zum Vorbild dienen und Nachahmung finden. *Fl.*

Beiträge zur Geschichte und Statistik der Irrenpflege im Herzogthum Braunschweig. Von Prof. Dr. med. *Aug. Krüger*, vorm. Arzt am Alexis-Pflegehause zu Braunschweig. 1871. 52 S. 4).

In dieser Schrift hat der Verf., welcher kurz nach deren Beendigung dahinschied, ein literarisches Vermächtniss hinterlassen, welches durch

Verfolgung der Entwickelung der Irrenpflege im Herzogthum Braunschweig, die wohl eine ziemlich gleichartige in allen deutschen Ländern gewesen sein wird, das Interesse in Anspruch nimmt. Die ersten dürftigen Nachrichten über Geisteskranke hat der Verf. aus dem Zeitraum von 1390 bis 1528 bezogen, während dessen die Irren unter den Bezeichnungen „Dolle, Dooren, wilde Brüder, Blöde, betrübte Menschen" von den Frohnen, Bütteln und Marktmeistern in deren Kellern oder ausserhalb der Thore in „Dooren-Kasten", — man kann sich wohl denken, in welcher Weise, — verpflegt wurden. Ein wenig verbessert wurde ihre Lage, mindestens die der Wohlhabenden, nach Einführung der Reformation, von 1528 bis 1676, als für sie auf dem Hofe eines schon früher gegründeten Hospitals die „betrübten Kasten" angelegt wurden. Zwischen 1676 bis 1748 wurden die Irren dem nämlichen Hospitale zugewiesen, das inzwischen zu einem Waisen-, Werk- und Zuchthause umgewandelt war. In folgenden Zeiträumen, 1748—1829, als diese Räumlichkeit ausschliesslich zum Waisenhause eingerichtet war, wurde ein ursprünglich (1437) als Pesthaus gegründetes Alexiushaus zum Zucht- und Werkhause und zugleich zum Irrenhause eingerichtet; um die Mitte dieses Zeitraums scheint diese Anstalt der Verpflegung Geisteskranker als ihrem Hauptzwecke gedient und unter dem Nebenzwecke der Unterbringung von Vagabonden gelitten zu haben. Der hier angestellte Arzt, *H. B. Wagnitz* bemühte sich auch zuerst, und nicht ohne Erfolg, um die Heilung seiner Kranken, welches Beispiel die ihm folgenden Aerzte nachahmten. Unter diesen hat nach dem Ausscheiden des Med.-Rath *Mansfeld* von der ärztlichen Leitung der Anstalt (1860) der Verf. dieser Function vorgestanden. Erst 1829 war aber das Institut ausschliesslich zur wirklichen Irrenanstalt umgewandelt worden und diente diesem Zweck bis zur Eröffnung der neuen Irrenanstalt zu Königslutter im Jahre 1866. In diesem letzten Zeitraum ihres Bestehens nahm sie, soweit es die Räumlichkeit gestattete, an den zweckmässigen Verbesserungen Theil, mit welchen die Irrenpflege in allen deutschen Asylen vorschritt. Hiervon geben die Mittheilungen Nachricht, welche Verf. nach den Regulativen von dem Anstaltsleben (S. 6—14) giebt. Besonderer Fleiss ist der Statistik zugewendet, die rückwärts bis zum Jahre 1828 mühsam verfolgt ist. Wir heben aus diesen sorgfältigen Zusammenstellungen, die oft durch die Vergleichung mit den Nachrichten aus anderen Asylen an Werth gewinnen, nur die folgenden Zahlen hervor. Vom Jahre 1828—1865 schwankte der Krankenbestand der Anstalt zwischen 40 und 79, die Zahl der Aufnahmen zwischen 12 und 37, die der ärztlich Behandelten zwischen 70 und 103, die der Entlassenen zwischen 5 und 27, die der Gestorbenen zwischen 0 und 16, während diese nur durch die Cholera-Epidemie des Jahres 1850 auf 24 erhoben wurde. — Obwohl Verf. im Allgemeinen einer beschleunigten Aufnahme in das Asyl aus Nützlichkeitsrücksichten das Wort redet, so begegnen wir doch S. 37 der auffälligen, nicht weiter motivirten Bemerkung: „es möchte in besonderen Fällen eine allzu rasche und übereilte Ueberlieferung der Kranken

an eine Anstalt, ohne genügende Individualisirung der persönlichen Verhältnisse, vielleicht von sehr fraglichem Nutzen sein und wohl gar schädlich werden können. — Die vielfältig anerkannte und beklagte Zunahme der Häufigkeit von Wahnsinns-Erkrankungen hält Verf. für illusorisch. Vielleicht findet sich dafür eine Erklärung in dem Resultate der bisherigen 4 Irrenzählungen, die im Herzogthum Braunschweig in den Jahren 1842 bis 1868 vorgenommen wurden. Während sonst überall wiederholte Zählungen in Folge vermehrter Aufmerksamkeit und Genauigkeit eine Steigerung der Irrenzahl ergeben haben, fand sich hier (nach S. 44) eine stetige Verminderung der Zahl der Geisteskranken (mit Ausschluss der von Geburt an Schwachsinnigen) von 488 auf 387, — ein Ergebniss, welches kaum den Gedanken an Zählungsfehler zurückdrängen lässt. *Fl.*

Bibliographie.

1. *Selbständige Werke.*

Deutsche.

Althann, G., Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Cirkulation. I. Der Kreislauf in der Schädelhöhle. 8. Leipzig 1871. 1 Thlr. 16 Ngr.

Bernstein, J., Untersuchungen über den Erregungsvorgang im Nerven- und Muskelsystem. Mit Holzschn. u. 4 Tafeln. Heidelberg 1871. gr. 8. VII. 240 S. 2 Thlr. 12 Ngr.

Bischoff, Th. L. W. v., Der Einfluss des norddeutschen Gewerbegesetzes auf d. Medicin. München gr. 8. 63 S. 1871. 12 Ngr.

Braubach, W., Das Grundgesetz der Psychiatrie oder Seelenheilkunde und Seelenheilkunde für Jedermann auch gegen Hypochondrie, Melancholie und Misanthropie nach den Beispielen aller Keime und Motive zu Selbstmord. Neuwied, Heuser. 1871. 56 S. 10 Sgr.

Büchting, A., Bibliotheca psychiatrica 1867—1871. Nordhausen, Büchting. 8. 14 S. 6 Ngr.

Burkhardt, E., Beiträge zur Casuistik der Dem. paral. (Diss. inaug.). Würzburg 1871. pp. 51.

Czermak, J., Ueb. das Herz u. den Einfluss des Nervensystems auf dasselbe. Vortrag m. bildl. Darstellungen u. Experimenten. 31 S. Leipzig 1871. 7 1/2 Sgr.

Eulenburg, A., Lehrbuch d. funktionellen Nervenkrankheiten, auf physiol. Basis bearbeitet. Blin. 1871. gr. 8. 726 S. 4 1/2 Thlr.

Falk, F., Galen's Lehre vom gesunden und kranken Nervensystem. Lpzig, 1871. 56 S. 1/3 Thlr.

Fleischl, E., Ueb. d. Wirkung v. Borsäure auf frische Ganglienzellen. Mit 1 Taf. Wien. Lex.-8. 6 S. 4 Ngr.

Goeden, Zur Mechanik der Seelenthätigkeiten. Neuwied, 1871. gr. 8. 24 S. 4 Ngr.

Griesinger, W., Die Pathol. u. Ther. der psych. Krankh. 3. Aufl. Braunschweig, 1871. 538 S. 3 Thlr.

Güntz, Th., Zweiter Bericht über die Heilanstalt Thonberg. Leipz. 1872. pp. 23.

Die Anstalt besteht seit 36 Jahren. 1862 hatte König Johann die Anstalt eingehend besichtigt. Cholera und Pocken, obwohl ringsumher wüthend, haben die Anstalt nicht betroffen. Mechanischer Zwang und Zwangsfütterung sind seit 3 J. nicht mehr nöthig. Die meisten Psychosen heilen unter Regulirung der äusseren Verhältnisse und einer zweckmässigen Diät ohne Anwendung einer eingreifenden Medication. Heredität war bei 24,7 pCt. der Männer, 30,6 pCt. der W. nachweisbar. Im Durchschnitt wurden jährlich 87 und täglich 49 Kranke verpflegt.

Hagen, W., Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde. Neue Folge. Chorinsky. Eine gerichtlich psychologische Untersuchung. Erlangen, 1872. S. 217. 1 Rthlr.

Horwicz, A., Psychologische Analysen auf physiologischer Grundlage. Ein Versuch zur Neubegründung der Seelenlehre. Halle, Pfeffer. 1871. 1. Th. 2½ Thlr.

Hyrtl, J., Die doppelten Schläfelinien d. Menschenschädel u. ihr Verhältniss zur Form der Hirnschale. Wien, Gerold's Sohn. 1872. gr. 4. 14 S. mit 4 Taf. 25 Ngr.

Jessen, P., Physiologie des menschlichen Denkens. Hannover, Cohen. 1872. pp. 271.

Jolly, F., Untersuch. üb. den Gehirndruck und über die Blutbewegung im Schädel. Habilitationsschrift. Würzburg 1871. gr. 8. 65 S.

Klöpfel, F., Erster med. stat. Bericht üb. d. Irren- Heil- und Pflegeanstalt Riga-Rothenburg von 1862 bis 1872. Riga, 1872.

Dr. *Brutzer's* Privatanstalt ist von den Ständen der Stadt Riga als städtische Irren- Heil- und Pflegeanstalt acquirirt worden und soll mit geringfügigen baulichen Veränderungen für 30 Pensionäre und 56 Stadtkranke dienen. Als Privatanstalt hat sie 10 J. gedient. In dieser Zeit wurden 332 Kr. (202 M. u. 130 Fr.) aufgenommen, davon geheilt entlassen 84 (51 M. 33 Fr), geb. 59 (39 M. 20 Fr.), ungeh. 55 (29 M. u. 26 Fr.), unheilbar 38 (25 M. u. 13 Fr.), gestorben 39 (32 M. 7 Fr.), Bestand 57 (26 M. 31 Fr.).

Körner, F., Der Menschengeist in seiner persönlichen und weltgeschichtlichen Entwicklung. Eine naturwissenschaftl. Seelenkunde und darauf begründete Weltanschauung. 2. Abth. Leipzig 1871. Thlr. 1. 15.

Kopernicki, Anat. anthropol. Beob. an einem Neger. Krakau, 1870. Nerven im Verhältn. zur Masse des Gehirns dicker als bei Weissen.

v. Krafft-Ebing, Grundzüge der Criminal-Psychologie auf Grundlage des Strafgesetzbuches des deutschen Reiches. Erlangen, Enke 1872. pp. 152.

Krüger, A., Beiträge zur Geschichte und Statistik der Irrenpflege im Herzogthum Braunschweig. Braunschweig, 1871. pp. 52.

Langwieser, C., Versuch einer Mechanik der psychischen Zustände. Wien, 1871. pp. 64.

Lersch, Polymorphe Balneologie. Erlangen, Enke. 1871.

„Ueberraschend sind die günstigen Mittheilungen englischer Irrenärzte über die Heilerfolge dieser Bäder bei Geisteskrankheiten."

Lucae, J. C. G., Zur Morphologie des Säugethierschädels. Mit 3 Taf u. 8 Holzschn. Frankf., Winter. gr. 4. 33 S. 1 Thlr.

Maschka, J., Geisteszustände. Eine Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten aus den Verhandlungen der Prager medic. Facultät und nach eigenen Erfahrungen. 4. Folge. Leipzig, Hirschfeld. 1873. S. 344.

LVIII. Ertränkt gefundenes Kind. — Beantw. der Frage, ob der Vater das Kind absichtlich in das Wasser warf, oder, von einem epilept. Anfalle heimgesucht, dasselbe zufällig fallen liess? (Es wird mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das letztere angenommen). — LIX. Ist der Angabe der K. K., dass sie vor 7 J. ihre Schwester ertränkt habe, Glauben zu schenken oder nicht? (K. ist hochgradig schwachsinnig und ihr kein unbedingter Glauben zu schenken). LX. Gutachten über den Geisteszustand des der Tödtung des H. angeklagten Mathias St. (That in Geistesstörung). — LXI. Gutachten über den Geisteszustand des des Mordes angeklagten J. R. (in der Irrenanstalt wird die Krankheit „krankhafte Zornmüthigkeit" constatirt). — LXII. Gutachten über den Geisteszustand des eines versuchten Mordes angeklagten J. F. Melancholie mit intercurrirender Tobsucht. — LXIII. Gutachten über den Geisteszustand des Gattenmörders S. Melancholie. — LXIV. Gutachten über den Geisteszustand des eines Doppelmordes angeklagten A. L. Melancholie im Uebergange zum Blödsinn. — LXV. Gutachten über den Geisteszustand der Mörderin ihres 2jähr. Sohnes. (Sie quetschte zuerst ½ St. die Geschlechtstheile zusammen und drückte endlich über dem Nachttopfe die Kehle zusammen, wonach Gemüthsruhe. Anfall von periodischer Geistesstörung). LVI. Gutachten über den Geisteszustand der wegen Brandlegung angeklagten P. (15jähr. Dienstmädchen, hatte schon 3 Mal Häuser abgebrannt und dann gleich den Dienst verlassen. Schluss: die P. war, wenn auch schwach im Verstande, doch im Stande, das Unrecht ihrer Handlungsweise zu erkennen und die Folgen einzusehen). — LXVII. Gutachten über den Geisteszustand einer an Epilepsie leidenden Brandlegerin. (Beob. in der Irrenanstalt. War nicht in vollem Gebrauch ihrer geistigen Thätigkeiten bei der That).

Meyer, G. H., Die Sinnestäuschungen. Berlin, Lüderitz. 1871. gr. 8. 36 S. ¼ Thlr

Miklucho-Maclay, N. v., Beiträge zur vergleichenden Neurologie der Wirbelthiere. I. Das Gehirn der Selachier. Mit 6 Taf. II. Das Mittelhirn der Ganoiden und Teleoshier. Mit Taf. 4. Leipzig, 1871. Thlr. 4.

Müller, O., Bericht üb. d. Heilanstalt für Nervenkranke bei Blankenburg am Harz. Braunschweig, 1872. pp. 34.

Tendenz, für chron. Nervenleiden und auch für leichte noch von einem normalen Krankheitsbewusstsein begleitete Formen psych. Erkrankung

eine offene Heilanstalt zu bieten. Verf. hält diese offenen Kuranstalten für ein dringendes Bedürfniss. Kranke wurden nur aufgenommen, wenn sie sich freiwillig der Kur unterwarfen. Beim weiblichen Geschlechte kam in erster Reihe die gynäkologische Behandlung in Anwendung. Verf. eifert gegen den Missbrauch der Morphium-Injection und hält es für die grosse Aufgabe der Privatheilanstalten, dass in ihr die ersten beginnenden Stadien der psychischen Leiden rechtzeitig die geeignete Behandlung finden. Am 1. Juli 1872 waren 39 Pat. (16 M. u. 23 Fr.) in Behandlung, von denen 30 in der Anstalt selbst wohnten.

Müller, W., Beiträge zur pathologischen Anat. und Phys. des menschl. Rückenmarks. gr. 4. geh. Leipzig, 1871. 1 Thlr.

29 J. alter Mann, unter tabetischen Erscheinungen erkrankt und später aphasisch.

Pagenstecher, F., Experimente und Studien über Gehirndruck. Heidelberg. gr. 8. 63 S. 1871. 28 Ngr.

Planck, K. Ch., Seele und Geist, od. Ursprung, Wesen und Thätigkeitsform der psych. u. geist. Organisation, von den naturwissenschaftl. Grundlagen aus allgem. fasslich entwickelt. Leipzig 1871. Thlr. 3. 20.

Rauber, A., Ueber den sympathischen Grenzstrang des menschlichen Kopfes. München, 1872. gr. 4. 31 S. mit 5 Taf. 1 Thlr. 12 Ngr.

Reich, E., Ueber Ursachen u. Verhütung der Nervosität u. Geistesstörung bei den Frauen. Neuwied, Heuser. gr. 8. VIII. u. 132 S. 25 Ngr.

v. Rittershain, G., Geistesleben. Betrachtungen üb. d. geist. Thätigkeit des menschl. Gehirns und ihre Entwickelung. Wien, 1871. 8. 116 S. 2 Taf. $^2/_3$ Thlr.

Rüdinger, Prof. Dr., Die Anatomie der menschlichen Rückenmarks-Nerven für Studirende und Aerzte. Mit 23 Taf. Stuttgart, 1870. $5^1/_3$ Thlr.

—, Die Anatomie der menschlichen Gehirn-Nerven für Studirende und Aerzte. Mit 14 Taf. 2. Aufl. VII. 64 S. Stuttgart. 1870. $3^2/_3$ Rthlr.

Rudanowsky, P., Ueber den Bau der Wurzeln der Rückenmarksnerven des Rückenmarks und verlängerten Marks des Menschen und einiger höherer Thiere. S. 95 Stn. Mit 30 photogr. Abbild. in 4 Tafeln. Kasan, 1871.

Sander, W., Ueb. Zählblättchen und ihre Benutzung bei statistischen Erhebungen der Irren. Im Auftrag der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft veröffentlicht. Berlin, 1871. 27 S.

Simon Th., Die Gehirnerweichung der Irren (Dementia paralytica). Für Aerzte und Studirende bearbeitet. Hamburg, 1871. pp. 114.

Stark, C., Ueb. gefährliche Geisteskranke u. die Special-Asyle für die sog. verbrecherischen Irren. Zwei psychiatr. Abhandl. von Dr. *J. Falret* u. Dr. *Brierre de Boismont*, für Aerzte, Richter und Gesetzgeber übersetzt. Stuttg. 1871. pp. 44. 20 Ngr.

—, König Lear. Eine psychiatr. Shakespeare-Studie für das gebildete Publikum. Stuttgart.

—, Die psychische Degeneration des französischen Volkes, ihr patholo-

gischer Charakter, ihre Symptome und Ursachen. Ein irrenärztl. Beitrag zur Völkerpathologie. 1871.

Stilling, B., Untersuchungen üb. den Bau d. kleinen Gehirns d. Menschen. (Billige Ausg.). 2 Abtheil. 4. Cassel. XIII. u. 295 S. u. V. u. 116 S. mit 15 Taf. 1871. Thlr. 16.

Ullersperger, J., B., Die Geschichte d. Psychologie u. der Psychiatrik in Spanien von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Würzburg, 1871. 194 S. $1^1/_3$ Thlr.

Vierordt, K., Der Zeitsinn nach Versuchen. 12 B. Tübingen, 1871. 1 Rthlr.

Virchow, Menschen- u. Affenschädel. Mit 6 Holzschn. Berl. 1870. (*Virchow* u. *Holzendorff*'s Samml. Hft. 96).

Wiedemeister, F., Ueber Geisteskrankheiten bei Individuen und Völkern. Osnabrück, Rackhorst. 1872. gr. 16. 32 S. 6 Ngr.

Wundt, W., Untersuchungen zur Mechanik der Nerven- u. Nervencentren. 1. Abtheilung. Ueber Verlauf und Wesen der Nervenerreg. Mit 30 Holzsch. Erlangen, 1871. 278 S. $1^2/_3$ Thlr.

Bericht der Landarmen-Direction für Ostpreussen an den Prov.-Landtag des Jahres 1870 über die Verwaltung der Prov. Irren-Heil und Pflege-Anstalt zu Allenberg.

Zu Erweiterungsbauten sind 100,000 Thlr. bewilligt und ihre Vollendung auf Herbst 1872 festgestellt. Das Anstalts-Statut ist Behufs einer beschleunigten Aufnahme von Kranken zu ändern. Bestand am 1. Okt. 1867 309 (153 M. 156 Fr.), Zugang 184 (110 M. 74 Fr.), Abgang 171 (96 M. 75 Fr.), Bestand 1. April 1870 322 (167 M. 155 Fr.). Unter den 184 Aufgenommenen litten 58 Kr., also 31 pCt., an Verrücktheit und Blödsinn. Es schieden aus als genesen 60 (30 M., 30 Fr.) also 35 pCt. als gebessert 24 (13 M. 11 Fr.), als ungeeignet 14 (6 M. 8 Fr), herausgenommen 23 (15 M. 8 Fr.), durch den Tod 50 (32 M. 18 Fr.), also 29 pCt.

Bericht der Verwaltung und ärztl. Bericht der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Ablegung der Rechnung vom J. 1870. Hamburg. pp.

Ausgaben 310,486 M., darunter Gehalte 13,285, Lohn 24,373, Nahrungsmittel 97,761, Wasser 2,042, Feuerung 13,866, Beleuchtung 7,189, Medicamente 1,687, Unterhaltung der Gebäude 13,136, eisernes Gitter 3,979, Wäsche etc. 16,617, Bekleidung 8,314, Vergnügungen 2,448, Unterhaltung der Gärten 2,499, Feuer-Versicherung 1,301. Das Capital der Julius-Stiftung betrug 18,222 M. Verpflegungstage für die Kranken 137,269, für die Angestellten 33,426. Bestand Anf. 1870: 359 (184 M. 175 Fr.), aufgenommen 338 (220 M. incl. 67 d. h. die Zahl der männlichen Irrenstation, und 118 Fr.; gestorben 47 (36 M. 11 Fr.) entl. geheilt 46 (27 M. 19 Fr.), gebessert 69 (36 M. 33 Fr.), ungeheilt 52 (30 M. 22 Fr.), in's Krankenhaus 45 (21 M. 24 Fr.), in's Armenhaus 28 M. Bestand Ende 1870 410 (226 M. 184 Fr.) und Bestand in der Irrenstation 263 Fr. Gesammtabgang — ausser 15, welche sich kurz nach der Auf-

nahme für die irrenärztl. Behandlung ungeeignet erwiesen — 449, nämlich 337 Geisteskranke und 112 Delir. trem.-Kranke. In der Gesammtheit starben 104. Zu beklagen 3 Fälle von Selbstmord und 1 von Mord. Seit October bilden die männl. Del. tremens-Kranken eine eigene Abth. in der medic. Station.

Bericht der Irren-Anstalt Friedrichsberg und die Irrenstation des allgem. Krankenhauses vom J. 1871. Hamburg 1872.

Männerflügel wegen Uebernahme der siechen Geisteskranken noch überfüllt. Bestand am Schlusse 599 (219 M. 380 W.); von letzteren waren 189 in Friedrichsberg und 191 auf der Station. Aufnahme 353 (174 M. u. 179 W.), Abgang 350 (180 M. u. 170 W.). Ausserdem 6 Fr. mit Del. trem, von denen 2 starben. Der Krieg hat auf die Vermehrung der Irren keinen Einfluss gehabt. Unter den 350 Abgegangenen litten 71 an Mel., 49 an Manie, 155 an Blödsinn, 50 an Dem. paral., 16 an Epil., 9 an Idiotie. Geheilt 51, gestorben 111. Von 255 genasen 189 im ersten Halbjahr, 28 im 2., 11 nach 1–2, 4 nach 2—3, 3 nach 2. J. und nur 1 später.

Ausgaben: Gehalte 13,082 M., Lohn 25,402, Nahrungsmittel 108,706, Wasser 11,679, Feuerung 15,942, Beleuchtung 7,884, Medicamente 1,565, Unterhaltung der Gebäude 12,298 M.

9. u. 10. Ber. über das deutsche Samariter-Ordens-Stift als Heil- u. Pflege-Anstalt für Schwach- und Blödsinnige zu Craschnitz in Schlesien.

Bestand Ende 1869 105 (53 M. 52 W.), darunter mit Epilepsie 34 (20 M. 14 W.), Aufnahme von 5—20 J.; ältere nur bei entsprechender Pension. Ausgabe pro 1869 13174 Thlr. Pflege- und Erziehungspersonal 33.

Statut der Herz. Sächs. Irren- und Kranken-Anstalt „Genesungshaus zu Roda". Gültig seit dem J. 1871. Roda, Olbrich. 1872. pp. 39.

Vierter Bericht des engeren Comité des St. Gallischen Hülfsvereins für genesende Gemüthskranke über das Jahr 1870. St. Gallen, 1871. pp. 62.

Zuerst werden in 6 Briefen Belehrungen über die Entstehungen der Geistesstörung gegeben, dann über die Wirksamkeit des Vereins berichtet. Der Jahresbeitrag für 1870 betrug 1842 Fr., woran sich über 700 Mitglieder betheiligten. Für 15 weitere wurden 527 Fr. verausgabt.

Ausländische.

Billod, A., Traité de la pellagre, d'après des observations recueillies en Italie et en France et suivi d'une enquête dans les asiles d'aliénés. Paris. 1870. XXX et 638 pp. 10 Frcs.

Bonnet, H., Rapp. sur le service de l'asile public d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne) pour l'année 1869. Mayenne, 1870. pp. 171.

—, Rapport sur le service de l'asile d'aliénés de la Roche-Gandon pour 1871. Mayenne, 1872. pp. 80.

Bourgeois, X., Les passions dans leurs rapports avec la santé et les maladies. L'amour et le libertinage. 3. édit. Paris. 1871. 8. 208 pp. 2 Frcs.

Brémond, M. E., De l'hygiène de l'aliéné. Paris, 1871. br. in-8. de 80 p.

Brown-Séquard, Leçons sur les nerfs vaso-moteurs, sur l'épilepsie et sur les actions réflexes normales et morbides, traduit de l'anglais par le Dr. *Beni-Barde*. I. Vol. in-8. Paris. 4 Fr.

Bulard, Rapp. méd. sur le service de la division des femmes pour l'année 1870 (Asile public d'aliénés de Maréville). In-8 de 96 pages. Nancy. 1871.

Cérise, Mélanges médico-psychologiques, avec une notice biographique sur le Dr. *Cérise*, par le Dr. *Foissac*. Paris, Masson. I. Vol. in-8. 7 Fr. 50 C.

Chairou, E., Études cliniques sur l'hystérie; nature, lésions anatomiques, traitement. Paris, 1871. pp. 149.

Cortyl, E., Notice sur l'asile départemental des aliénés de l'Isère, près Grenoble. br. in-4 de 35 p. Grenoble, 1872.

Cournot, M., Considérations sur la marche des idées et des événements dans les temps modernes. Paris, 1872. 2 Vol. in-8.

Dagonet, Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. Baillière, 1870.

Decors, J., Considérations sur la chirurgie des aliénés in-8. Paris, Asseli. 2 Fr. 50 C.

Despine, P., Le Démon Alcool; ses effets désastreux sur le moral, sur l'intelligence et sur le physique; moyens d'y porter remède. Paris, 1871. br. in-8., de 47 p.

—, De la contagion morale. 1870.

Dufour, De l'encombrement des asiles d'aliénés; étude sur l'augmentations toujours croissante de la population des asiles d'aliénés, ses causes, ses inconvénients, les moyens d'y rémédier. Paris, 1870. br. in-8. de 107 pages.

Durand, Ontologie et psychologie physiologique; études critiques. Vol. in 12. de 360 p. Paris, 1871.

Fortineau, Du délire des grandeurs dans la démence paralytique. Th. de Paris, 1872.

Foville, A., Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. (Extr. des mém. de l'Acad. de méd.). br. in 4. de 136 p. Paris, 1871.

Giraud, Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu. Paris, Delahaye 1871. br. in 8., de 110 p. 2 Fr.

Grilli, P., Sur l'état présent des aliénés en Italie. Florence 1872; br. in-8. de 16 p.

Hallopeau, Des accidents convulsifs dans les maladies de la moëlle épinière. Delahaye, 1871.

Hélot, P., Etude sur quelques cas d'hémiplégie hystérique. Paris, 1871. pp. 113.

Laborde, J., V., Fragments méd.-psychologiques. Les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide. Lettre à M. le docteur *Moreau.* Paris, Baillière. 1872. Vol. in-12 de 156 p. 2½ Fr.
Will zeigen, dass die hervorragendsten Persönlichkeiten der Commune durch hereditäre Anlagen, Gewohnheit, frühere Handlungen, offenbar ein pathologisches Bild darbieten.

Lamaëstre, Rapport sur le service médical de l'asile public d'aliénés de Bailleul pour l'année 1871. Lille, 1872. pp. 80.

Lasserre, Etude sur l'isolement considéré comme moyen de traitement dans la folie. Paris, Delahaye. In-8. 2 Fr.

Legrand du Saulle, Le délire des persécutions. Paris 1871. p. 524. 6 Frcs.

Lentz, Des causes de l'encombrement toujours croissant des asiles d'aliénés et des remèdes a y apporter. Gand, 1871. in-8. de 172 p. 3 Fr.

Lisle, E., Clinique des maladies mentales. I partie. Du traitement de la congestion cérébrale et de la folie avec congestion et hallucinations par l'acide arsénieux. Marseille, 1871. pp. 406.

Luys, J., Iconographie photographique des centres nerveux. Paris, Baillière. 4 16 et 16 pp. 17 pl. phot. et 17 pl. lithogr. 1872. 30 Fr.

Masoin, Les réformes dans la situation des aliénés. 8. de 36 p. Braine-le Comte, 1872.

Morel, Rapp. méd. sur l'asile public d'aliénés de St. Yon pour l'année 1869. Rouen, 1870. pp. 74.

Péon, H., Rapp. méd. sur le service de l'asile public d'aliénés de Cadillac, pour l'année 1871. br. in-8 de 46 p.

Reynaud-Lacroze, C., De la névrite et de la périnévrite optiques considérées dans leurs rapports avec les maladies cérébrales. Paris, 1871. Fr. 2.

Smeth, J. de, De la mélancolie; étude médicale. Vol. in 8. de 225 p. Bruxelles, 1872. 5 Fr.

Spring, A., Symptomatologie ou traité des accidents morbides. T. II. 2. Partie. Des troubles cérébraux et psychiques. Bruxelles. 8. 1871. p. 414—668.

Tardieu, A., Etude médico-légale de la folie. Paris, Baillière, 1872.

Rapport fait à la Société de médecine de Paris; par la commission chargée de l'étude de la loi de 1838 sur les aliénés. Paris, 1872. br. in-8. de 24 p.

Blandford, G. F., Insanity and its treatment: lectures on the treatment, medical and legal, of insane patients. Edinburgh 1871. pp. 435. 8 Sh. 6 d.

Browne, J. H. B., The medical jurisprudence of insanity. London 1871. Churchill. pp. 341. Sh. 10

—, *J. C.,* The West Riding Lunatic Asylum Medical Reports. London, 1871.

Calkins, A., Opium and the opium appetite. Philadelphia, 1871. Sh. 8.

Campbell, A., On the relative efficacy of tincture of Hyoscyamus, Bromide of Potassium, and Chloral, in Single Doses, on Maniacal Excitement. Lewes, 1872.

Chapman, J., Cases of Diarrhoea and Cholera treated successfully through the agency of the nervous system chiefly by means of the spinal ice-bag. London, 1871. pp. 64.

Clouston, T. S., The action of neurotic medicines in insanity. London, 1871. p. 37.

Cleland, An inquiry into the variations of the human skull, particularly in the antero-posterior direction. Mit 10 Taf. 4. (Sep.-Abdr. aus Philos. Transact. 1870).

Clymer, Notes on the physiology and pathology of the nervous system. New-York, 1871. Sh. 1. 6.

Earle, Pliny, Sixteenth annual report of the trustees of the State lunatic hospital at Northampton. Boston, 1872. p. 55.

Elam, E., On cerebria and other diseases of the brain. London, 1872. 800. 6 d.

Elmer, J., The practice in lunacy under commissions and inquisitions, with notes of cases and recent decisions; an appendix containing forms and costs of proceedings, the statute and general orders; also an index and schedule of cases; the fifth edition, adapted, with considerable additions, to the provisions of the lunacy regulation acts, 1853 and 1862. London, 1872, pp. 487.

Fisher, T. W., Plain Talk about Insanity. Boston, 1872.

Hammond, A., A Treatise on Diseases of the Nervous System. New-York, 1871.

Hawkes, J., On the general management of public lunatic asylums in England and Wales. London, Churchill. 1871. Sh. 1. 6

Hovell, D. de Berdt, An inquiry into the real nature of hysteria. London, 1871. Sh. 2

Laming, R., The Origin of Matter and its Mental Governement, revealing the ne plus ultra of cause: a Mechanica Mathematical System of Nature. Brighton, 1871.

Mac Cabe, Fr., Annual report of the Waterford asylum for the insane poor for the district of the county and city of Waterford for 1872. Waterford, 1872.

Maudsley, H., Body and mind: an inquiry into their connection and mutual influence, specially in reference to mental disorders. London, 1871. Sh. 5

Paine, M., Physiology of the soul and instinct distinguished from materialism. Vol. in 8. de 700 p. New-York, 1872.

Ray, J., A Treatise on the medical Jurisprudence of Insanity. Fifth edition. Boston, 1871.

Sabben, F. and *Browne, B.*, Handbook of law and lunacy; or the medical practitioner's complete guide in all matters relating to lunacy practice. London, Churchill. 8. 5 S.

Seguin, E., New facts and remarks concerning idiocy, being a lecture deliv. before the N. York med. J. association. N. York, 1871. Thlr. 1

Stokes, W. H., Maryland. Report of the Mount Hope Retreat, and Mount Hope Institution. 1871.

Bestand 194, hinzugekommen 148, zusammen 342. Entl. geheilt 57, gebessert 37, ungebessert 12, gestorben 23, zusammen 129. Es blieben 213. — Es wurden 156 Säufer behandelt, entlassen gebessert 133, geheilt 11, gestorben 2, zusammen 146. Es blieben 10.

Vance, R. A., On syphilitic epilepsy. New-York, 1871.

Williams, D., Sussex county lunatic asylum, Haywards heath, for 1871. br. in-12 de 84 p.

Annual report of the royal Edinburgh Asylum for the insane for the year ending Dec. 1871. Edinburgh, 1872.

The first annual report of Cheshire County Asylum at Parkside, near Macclesfield, in the county of Chester, for the year ending the 31 st. Dec. 1871. Macclesfield, 1872.

Annual report of the Broadmoor Criminal Lunatic Asylum for the year 1871. London, 1872.

Annual Report of the New-York Inebriate Asylum. 1871.

Zahl der behandelten Kranken 315, entlassen 230, zurückgeblieben 85, entlassen mit grosser Hoffnung auf dauernde Heilung 184, ungebessert 46.

Cumberland u. Westmorland Lunatic Asylum Annual report for the year 1870. Carlisb. 1871. pp. 54.

Fourteenth annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland, for the year 1871. Edinburgh, 1872. I. Vol. pp. 292.

Insanity and Insane Asylums Report of Dr. *E. T. Milkins*, Commissioner in Lunacy for the State of California, made to his Excellency H. H. Haight, Governor. 1871. p. 345.

Die Ueberfüllung drängte zur Abhülfe. Der Verf wurde beauftragt andere Anstalten anzusehen. Er besuchte 149 Anstalten, 45 in Amerika, 24 in England, 15 in Italien, 13 in Frankreich, 11 in Deutschland, 10 in Schottland, 8 in Belgien, 7 in Oesterreich, 7 in Irland, 3 in Bayern, 3 in Holland, 2 in Schweiz und 1 in Canada.

The fifth annual report of the committee of visitors of the Surrey county lunatic Asylum at Brookwood. 1872.

Proceedings of the Second Meeting of the American Association for the Cure of Inebriates. 1871. pp. 100.

Ein Beschluss wurde gefasst, 2 Mitglieder nach England zu senden, um mit einer Parlaments-Commission über die Errichtung ähnlicher Heilanstalten in England zu verhandeln.

The report of the Chester county lunatic asylum, at Upton, near Chester, for te year ending 31. Dec. 1871. Chester, 1872.

Report of the county lunatic asylum at Rainhill. Preston, 1872.

Report of the Lock hospital and asylum for the years 1868, 69, 70, 71.

The Seventh annual report of the Staffordshire asylum, for the year ending Dec. 1871. Lichfield 1872.

The Seventh annual report of the Royal Albert Asylum for the education and training of Idiots and Imbeciles belonging to Lancashire, Yorkshire, Cheshire, Westmorland, Cumberland, Durham, and Northumberland. Lancaster, 1871.

The Seventh annual report of the Newcastle-upon-Tyne Borough Lunatic Asylum 1871.

Ninth annual report of the Cumberland and Westmoreland Lunatic asylum 1870. Carlisle, 1871. pp. 54.

Dr. *Clouston* Director. Bestand Anf. 1870 373 (199 M. 174 W.), aufgenommen 130 (71 M. 59 W.), entl. geheilt 60 (34 M. 26 W.), geb. 16 (8 M. 8 W.), ungebessert 3 W., gest. 23 (11 M. 12 W.), blieb Bestand 401 (217 M. 184 W.). In den 9 J. aufgenommen 931 (488 M., 443 W.), entl. geheilt 278 (141 M. 137 W.), gestorben 180 (103 M. 77 W.). Der Director erhält 500 L., der Assistent 100 L. pr. anno, der consultirende Arzt 1 L. für die Visite.

The sixteenth annual report of the state of the united lunatic asylum for the county and borough of Nottingham. Southwell, 1872.

Sussex County lunatic asylum Haywards Heath. Thirteenth annual report for 1871. Lewes 1872. pp. 83.

The tenth annual report of the Cumberland and Westmoreland lunatic asylum 1871. Carlisle, 1872.

The thirtheenth annual report of the Sussex county lunatic asylum, Hayward's Heath, for the year 1871.

Twenty-eighth annual report ot the managers of the State Lunatic Asylum for the year 1870. Albany, 1871. pp. 79.

Bestand am 1. Dec. 1869 603, aufgenommen 481, verpflegt 1,084, geheilt 153, entl. gebessert 72, ungebessert 134, nicht irre 7, gestorben 75, blieb Bestand 643. Geheilt daher 31,80 pCt. Seit Eröffnung des Asyles aufgenommen 9,706, entl. geheilt 3,725, ungeheilt 1,471.

The Twenty-fifth Report of the Commissioners in Lunacy to the Lord Chancellor. Ordered by the House of Commons to be printed 13 th July, 1871.

Thirteenth Annual Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. Edinburgh, Constable. 1871.

The Twentieth Report of the District, Criminal and Private Lunatic Asylums in Ireland; with Append. Dublin, 1871.

Behind the Bars. Boston, Lee. 1871.

Lebhafte Schilderung eines 1 J. in einer amerik Irrenanstalt Internirten.

Lunacy. Copy of Twenty-third Report of the Commissioners in Lunacy to the Lord Chancellor. Ordered by the House of Commons to be printed, 14. July 1869.

Eleventh Annual Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. Presented to both houses of Parliament by command of her Majesty. Edinburgh, 1869.

Lunatic Asylums, Ireland. The Eighteenth Report of the District Criminal and Private Lunatic Asylums in Ireland: with Appendices. Dublin, 1869.

In England und Wales waren Anfang 1869:

	Privatkranke		Arme	
In Grafschafts-Asylen	225 Privatkranke	und	26,642 Arme	
in registr. Hospitals	1,939	-	443	-
in licensed houses	3,123	-	1,673	-
einzeln in Familien	324			
in Werkhäusern	-		11,181	-
Out-door Paupers	-		6,987	-
	5,611		46,896	-
	Zusammen 52,507			
in Militärspitälern	209			
in Criminal-Asylen	404	-	57	-
	6,224	-	46,953	-
	Zusammen 53,177			

In Schottland Anfangs 1868:

			private		arme
In königl. u. Distriktsasylen	3874,	private	924,	arme	2950
in Privatasylen	501	-	234	-	267
in Parochialasylen	437	-	—	-	437
in Irrenabth. von Armenhäus.	570	-	—	-	570
in General Prison	45	-	—	-	45
in Blöden-Schulen	79	-	55	-	24
in Privat-Dwellings	1549	-	28	-	1521
	7055	-	1241	-	5814

In Irland waren Anfang 1869:

In öffentlichen Asylen	5,816
in privaten Asylen	632
in Gaols	53
in Armenhäusern	2,742
in Lucan, supported by Government	49
im Central-Asyl für Crim. lunat.	162
	9,454
Lunatics at large	6,564
	16,018

Biffi, S., Caso di Infissione di un ago nel cuore di un lipemaniaco e sua dimora per ventidue mesi nelle cavità cardiache sinistre. Milano, 1869. pp. 26.

—, Provvedimenti che occorrerebbero in Italia pei deliquenti divenuti pazzi. Milan 1872. pp. 37.

—, Voto del Consiglio Provinciale Sanitario di Milano in merito alla Proposta della Deputazione Provinciale di istituire a Mambello un unico Manicomio pei mentecatti poveri della Provincia. Milano, 1872.

—, Commemorazione di Cesare Castiglioni letta nell' adunanza del 25 genajo al R. Istituto Lombardo di scienze e lettere. Milano, 1872

Bini, F., Schema di Regolamento amministrati disciplinare del manicomio di Firenze presentate alla Commissione amministrati. Firenze 1871

Bonsigli, C., Alcuni casi d'isterismo. Storie e consideracioni cliniche. Bologna, 1870.

Brocca, F., Dell' acido arsenico nella pazzia. Milano, 1871. pp. 87.

Castiglioni, C., Sui manicomj della Provincia di Milano. Milano 1871. 60 pp.

de Dreer, F.. Prospetto medico-statistico del manicomio di Trieste per il triennio 1868 – 1870. Trieste, 1872. pp. 76.

Forlani, F. L., Isterismo pei suoi rapporti colla follia e colla responsabilita Memori medico legate. Wien. Manz. 1871. 12 B. 1⅓ Thlr.

Gambari, G., Studi sulla statistica del secondo quinquennio del Manicomio provinciale di Ferrara in confronto alla precedente dal 1850 a tutto il 1868. Ferrara, 1871.

Girolami, G., Prolusione al corso clinico delle malatic mentali letta il 20 febrojo di quest anno nell' Aula Massima dell' Università Romana. Roma, 1872.

Golgi, C., Contribuzione alla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso. Con una tavola. Bologna, 1871 – 72. pp. 98.

—, *P.*, Sulle alterazioni dei vasi linfatici del cervello. Bologna, 1870.

Grilli, P., Sullo stato presente dei pazzi in Italia. — Memoria letta alla Società Medico-Fisico. Fiorentina 1872.

Inzani, G., Ricerche sulle terminazioni dei nervi nelle mucosa dei seni frontali e dei seni mascellari. Parma, 1872.

Lombroso, C., Sulla Pazzia criminale in Italia. 1871 br. in 8. de 6 p.

—, Studi clinici e sperimentali sulla nature, cause e terapia della Pellagra. Bologna 1871. Sec. edit. L 6.

—, Riassunto analistico e sintetico degli studi sulla Pellagra. Milano, 1870. pp. 20.

—, L'uomo bianco e l'uomo di calore Padove 1871. (7 Vorlesungen über den Ursprung und die Verschiedenheit der Menschenracen. Eine geschickte Zusammenstellung aus eignen und fremden Arbeiten behufs Nachweises des Uebergangs vom affenartigen Menschen zum höchstcivi-

lisirten unter Benutzung verschiedener Gebiete der Natur- und Sprachwissenschaft.

Lussana, F., Ricerche sulle cause della pellagra. Milano, 1872.

—, Fisiologia degli instinti. Padova, 1870.

— e *Lemoigne* (*A.*), Fisiologia dei centri nervosi encephalici. Monografia premiata dalle R. Academia di medicina di Bruxelles. Padova 1871.

Mencucci, B., Del manicomio Anconitano nel triennis 1868—1871. Ancona, 1871

Michetti, A., Dell efficacia ipnotica del cloralio idrafico in diverso forme di malatie mentali e pensieri sulle cagioni generali di queste malatie. Fano 1870.

Miraglia, G., Il nuovo manicomio provinciale di Napoli. — Napoli, 1871.

Monti, L., Su lo stato attuale dei pazzi nella provincia d'Ascoli-Piceno. — Fermo, Ciferri 1871.

Neri, G., Sul manicomio di Perugia. Fano, 1871.

Polverini, S., Studi zoologici adattati ad ogni intelligenza. Vol. I. Zoologio. Girgenti 1870. B. 3.

Salerio, Tavole statistiche triennali (1868. 69. 70) del manicomio centrale maschile in San Servollo di Venezia. Venezia 1871. pp. 60.

Tebaldi, A., Popra lo stato dei maniaci negli Ospitali civili della provincie venete e proposte di provedimenti. Padova 1871.

Todi, G., Statistica medica del Manicomio provinciale di Vercelli dal 1 Genn. al 31 Dic. 1871. Vercelli 1872.

Bestand Ende 1870 98 (58 M. 40 M.), eingetreten 81 (51 M. 30 W.), gestorben 30 (19 M. 11 W.), entl. geheilt 18 (11 M. 7 W.), ungeh. 8 (5 M. 3 W.), blieb Bestand Ende 1871 123 (74 M. 49 W.).

Tonino, G, La Gimnastica e i Pazzi; brevi considerazioni. Torino, 1871. pp. 56.

Verga, Sugli usi terapeutici del chloralio Esperimeati clinici. Milano 1870.

Zani, J., Appendice alla statistica del manicomio di Bologna. Bologna 1871.

—, Discorso letto il di 8. decembre 1871. alla prima ad unanza annuale della societa patrocinio o quariti di pazzia per la zittà e provincia di Bologna. Bologna, 1870.

Florin, J. A., Am trifelaktigo sinnestillständ i förhållande till civillag. Akad. afhandl. Helsingfors, 1870. 8. pp. 133.

---

2. *Psychiatrisches in nicht-psychiatrischen Zeitschriften.*

Deutsche.

Auspitz, H., Geringer Grad von Mikrocephalie und hoher Grad von Hypertrichosis bei einem 13j. Mädchen. — Wien. med. Presse 1871. XII. 25.

Arndt, Ueb. d. Gehirn u. Rückenmark eines Aphasischen. — Bl. kl. Wchschr. VII. 42

Baxt, N., Ueb. die Zeit, welche nöthig ist, damit ein Gesichtseindruck zum Bewusstsein kommt, u. üb. d. Grösse (Extension) der bewussten Wahrnehmung bei einem Gesichtseindrucke von gegebener Dauer. — Pflüger's Arch. IV. 325—36.

Benedikt, M., Klin. Beiträge zur Nervenpathologie u. Elektrotherapie; die elektr. Untersuchung und Behandlung der Hörnerven. — Wien. med. Presse XI. 37. 39.

—, Ueb. elektrotherapeut. Behandlung von Geisteskranken. — Allg. Wien. med. Zeitschr. 1871. 3.

—, Ueber die Lokalisationsgesetze bei chron. centraler Neurose. — Wien. med. Pr. XII. 27. 30. 32. 33.

Berger, O., Ueb. Erkrankungen des Centralnervensystems bei verschiedenen Verwundungen. — Wien. med. Wschr. XII. 26.

Bernhardt, Beitr. zur Lehre von der akuten allgem. Paralyse. — Bl. kl. Wchschr. 1872. 47.

Ohne psychische Störung, ohne erheblichen pathol. anatom. Befund.

Bety, F., Ueb. d. während d. Typhus auftretenden Grössenwahn. — Delirien. — Memorabilien XVI. I. 1871.

Bidder, F., Einige Bemerkungen über Hemmungsnerven und Hemmungscentren. — Arch. f. Anat., Phys. u. wissensch. Med. 4. p. 447. 1871.

Billroth, Th., Geschichte eines Falles von epil. Anfällen nach Quetschung des rechten N. ischiadicus. Operation. Heilung. Partielle Recidive. Operation. Heilung. — Arch. f. klin. Chir. XIII. Hft. 2. S. 379.

Bischoff, Ueb. das Gehirn eines Chimpanse. Mit 3 Taf. — Sitz.-Ber. der k. bayr. Akad. d. Wissensch. 1871. I. S. 98.

Beschreibung und Abbildung des Gehirnes eines 4jähr. Chimpanse. Details über Gyri und allg. topogr. Verhältnisse des Gehirns.

Bizzozero, G., Beitrag zur Kenntniss des Baues der Zirbeldrüse. Vorläufige Mittheilung. Ctrbl. 1871. No. 46.

Blumenstock, Gutachten über den Körper- u. Gemüthszustand der Barbara Ubryk. — Wien. med. Wochenschr. 1870. XX. 21—24.

Bockendahl, Krankheit oder Simulation? — Vierteljsch. f. ger. Med. N. F. Bd. XVI. Hft 1.

Betrifft den Timm Tode und bejaht letzteres.

Boettger, H., Bericht üb. d. Irren- Heil- u. Pflege-Anstalt Asyl Carlsfeld. — Deutsche Klinik. 1871. No. 48. 49.

Brosius, Das Asyl für Gehirn- und Nervenkranke zu Bendorf. — Bl. klin. Wochschr. VII. 1870. 49.

Bruck, L. u. *Günther, A.*, Versuche über den Einfluss der Verletzung gewisser Hirntheile auf die Temperatur des Thierkörpers. Mitgetheilt von R. Heidenhain. — Pflüger's Arch. III. 578.

Buchheim, R., Ueb. d. Einwirkung der Arzneimittel u. Gifte auf d. Nervensystem. — Arch. d. Heilk. XI. p. 209. 1870.

v. Chamisso, F., Genitalien verstorbener weiblicher Irren. — Beitr. z. Geburtsh. etc. in Berlin. Bd. I. p. 140.

Chrobak, Ueb. d. Zusammenhang zwischen Hysterie und Beweglichkeit der Nieren. — Med. chir. Rundschau. Sept. 1870.

Die hyst. Symptome bei bewegl. Niere hängen von Reizung des unteren Renalganglion ab.

Czermak, J., Ueber die neue Landesirrenanstalt b. Graz. — Sitz.-Ber. des Ver. d. Aerzte in Steyermark. VIII. p. 1.

Ecker, A., Ueb. d. verschiedene Krümmung des Schädelrohres u. üb. die Stellung des Schädels auf der Wirbelsäule beim Neger und beim Europäer. Mit 2 Taf. — Arch. f. Anthrop. 1871. 4. H. S. 287.

Engel, J, Das Osteophyt an der inneren Schädelfläche. — Wien. med. Wchschr. 1871. No. 32. 33. 34.

—, Die Stirn- und Pfeilnaht; ihre Verhältnisse zur Schädelform. — Wien. med. Zeitschr. 1872. 31. 32. 33.

Ettmüller, Gutachten üb. d. Geisteszustand eines Mörders. — Vjschr. für ger. Med. N. F. XVI. 2. p. 238.

Fick, A., Hat Veränderung der Temperatur des in dem Hirn circulirenden Blutes Einfluss auf die Centren der Herz- und Gefässnerven? — Pflüger's Arch. V. 1.

Finkelnburg, Fälle von Aphasie. — Bl. kl. Wochschr. VII. 37. 38.

Flechner, A. E., Ueber transitorische Verwirrtheit. — Oestr. Ztschr. f. prakt. Heilk. 1871. XVII. 24.

Periodische Verwirrtheit unter Begleitung congestiver Kopfschmerzen.

—, Zur Lehre der Pyromanie. — Oestr. Ztschr. f. prakt. Heilk. 1871. XVII. 17. 18. 21—23. 25. 26. 33. 36.

Fleischl, E., Zur Anat. der Hirnoberfläche. — Med. Ctr.-Bl. IX. 42.

Fraenkel, M., Leichenbefunde bei Pellagra. — Virchow's Arch. Bd. 49. Hft. 4. S. 579. Bd. 51. Hft. 1. S. 150.

Fronmüller sen., Chloralhydrat gegen maniacalischen Alcoholismus. — Memorabilien XVI. 12. 1871.

Geissler, A., Ueber die Phantasmen während des Einschlafens. — Mon.-Bl. f. Augenheilk. IX. April. p. 83.

Gerlach, Ueber die Structur der grauen Substanz des menschl. Gehirns. Vorläufige Mittheilung. — Ctrlbl. f. med. Wissensch.

In der grauen Substanz der Windungen des menschlichen Grosshirnes existirt eine doppelte Art des Ursprungs menschl. markhaltiger Nervenfasern, eine direct von Zellen ausgehende und eine netzförmige. An Goldpräparaten nachgewiesen.

Goos, Akute Manie nach Lungenentzündung. — Deutsche Klinik. 1871. 14.

Gregoric, Fall von Cathetrisatio uteri zur Einleitung der Frühgeburt bei Eclampsie, Tod durch Man. puerper. — Memorabilien XVI. 8

Gruenhagen, A., Ueb. d. Vorgänge, welche während und nach der Einwirkung des Reizes im Nerven stattbaben. — Bl kl. Wchschr. VIII 52. p. 625.

Gudden, Erklärung gegen Prof L. Meyer wegen des mikroskopischen Befundes im traumatisch gesprengten Ohrknorpel. — Virch. Arch. LII. 3. p. 440

—, Ueb. d. sog. paralytischen Grössenwahn. — Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte. Jahrg. II. No. 4.

Hagen, Zwei Fälle von Idiotie. — Sitzber. d. phys. med. Soc. zu Erlangen. Sitz. vom Juli 1872.

In einem Schwachsinnigen von 51 J. fehlte bei 1508 Grm. Gehirngewicht der Balken vollständig, das Hinterhorn war beiderseits enorm ausgedehnt und mit Serum gefüllt. Ueber die psych. Bedeutung des Balkens kann noch nichts gefolgert werden, denn wo die Intelligenz geschwächt war, war auch das Gehirn sonst noch defect und in 2 anderen Fällen war kein psych. Defect nachweisbar und in mehreren von Blödsinn gab es lange Balken. Ueberdies gehört der vorliegende Fall zu den idiotischen Macrocephalen.

Im 2. Falle von 21 J. mit steter Unruhe, Unreinlichkeit und Gefrässigkeit bei Sprachunfähigkeit war Hirnarmuth nicht vorhanden, dagegen das Herz auffallend klein und leicht. Frage wird aufgeworfen, ob in diesem Falle nicht der Idiotismus auf einem Missverhältnisse zwischen Herz und Gehirn beruhe, insofern das Blut zur Ernährung des Gehirnes genügte, aber nicht zur Unterhaltung seiner psychischen Function.

Haschek, Ueber Selbstmord bei Irren begangen in den Irrenhäusern. — Friedreich's Bl. 1870. H. 1. S. 1. .

Hecker, E., Zur Begründung des klinischen Standpunktes in der Psychiatrie. — Virch. Arch. Bd. LII. 2 p. 203. 1871.

—, Die Hebephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. — Virch. Arch. Bd. LII.

Heidenhain, G., Ueb. d. Einfluss der hinteren Rückenmarkswurzeln auf die Erregbarkeit der vorderen. — Arch. f. Phys. IV. 10. 11 p. 435.

—, *R.*, Ueber Cyon's neue Theorie der centralen Innervation der Gefässnerven. — Arch. f. Phys. IV. 12. p. 551.

—, Ueb. bisher unbeachtete Einwirkungen des Nervensystems auf die Körpertemperatur und den Kreislauf. — Pflüger's Arch. III. 504.

—, Erneute Beobachtungen über d. Einfluss des vasomotorischen Nervensystems auf den Kreislauf u. d. Körpertemperatur. — Pflüger's Archiv 1871. V. S. 1—133

Hensel, Die Schädel der Coroados. Mit 1 Taf. — Ztschr. f. Ethnol. II. Jhrg. 1870. Hft. 3 S 196.

Hertz, H., Ueb. Degeneration u. Regeneration durchschnittener Nerven. — Virch. Arch. XLVII. 3 p. 257.

Hirsch, C, Ueb. Sklerose des Gehirns u. Rückenmarks. — Deutsche Klin. 1870. No. 30—38.

Hitzig, E., Ueb. d. beim Galvanisiren des Kopfes entstehenden Störungen der Muskelinnervation u. der Vorstellungen vom Verhalten im Raume. — Arch. f. Anat, Phys. u. wiss. Med. 5. u. 6. p. 716. 771. 1872.

Hoestermann, C. E., Ueb. d. Anwendung d. Amylnitrit bei Melancholie. — Wien. med. Wchschr. 1872. No. 46. 47. 48.

Inhalation von 4—5 Tr. auf Watte getröpfelt Erfolg günstig.

Hoffmann. K. B, Ueb. Papaverin in phys. u. therap. Beziehung. — Wien. med. Jhrb. XX. 207.

5 Versuche angestellt an Geisteskranken mit salzs. Papaverin. Keine wirksamen Resultate.

Holst, U.. Ueb. d. Wesen der Hemicranie und ihre electrotherapeutische Behandlung nach der polaren Methode. — Dorp. med. Ztschr. II. Hft IV. p. 261.

Die Ursache jeder Hemicranie ist eine abnorm gesteigerte Erregbarkeit des vasomotorischen Nervensystems gewisser Gefässbezirke am Kopfe.

Hoppe, J., a) Ist es wahr, dass der Mensch sein Leben lang so bleibt, wie er geboren wird? — b) der wahre Fortschritt der Menschheit. — c) das Gedächtniss. — Memorabilien XV. 12.

—, Hallucinationen und Illusionen. — Memorabilien XVI. 8.

Huppert, M., Diffuse, spongiöse und blutreiche Hyperostose, symmetrisch auf der äusseren Oberfläche des Stirnbeins und beider Scheitelbeine gelagert, bei einem epilept. Idioten. — Archiv für Heilk. 1871. Heft 2. S. 160.

—, Ein Fall von Balkenmangel bei einem epilept. Idioten. — Arch. f. Heilk. 1871. S. 516.

—, Welche Aufgaben bleiben neben den staatlichen Irrenanstalten der Gemeinde für die Versorgung ihrer Irren und welche Einrichtungen hat sie deshalb zu treffen? — Schmidt's Jhrb. 1871. No. 5 S. 201—14.

Husemann, Th., Die neueren Arbeiten über Chloralhydrat in pharmak. u. toxikol. Beziehung. — Schmidt's Jhrb. 1871. No. 7. S. 81.

Jacobi, Fälle von Mikrocephalie — Bl kl. Wochenschr. VII. 36.

Jolly, F., Ueb. d. Gefahren des Chloralhydrats. — Bayr. ärztl. Intell.-Bl. 1872. No. 13 u. 14.

Bei 2 Geisteskranken mit frischen Erregungszuständen ohne Lähmungen nach 5 Grm. Lähmender Einfluss auf die Contractilitätsfähigkeit des Herzens.

Kelp, Hirnsklerose. — Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. X. Hft. 3. S. 225.

Uebergang von Melanch. in tiefste Dementia mit Lähmungserscheinungen.

Kölliker, Ueb. d. Schädel d. Südinsulaner u. Australier. — Vrhd. d. phys. med. Gesellsch. zu Würzburg. N. F. II. 1. 2. p. XVII.

Köstl u. *Niemetschek*, Der Centralvenenpuls der Netzhaut bei Epilepsie u. verwandten Zuständen. — Prag. Vtljschr. 1870. III. S. 1.
Köstlin, O., Eingabe der ärztl. Neunercommission an die Ständeversammlung, das Irrenwesen Würtembergs betr. — Würtemb. Corr. Bl. 1871. XLI. 38.
v. Krafft-Ebing, Der Mord der eigenen Kinder. Eine psychologisch-forensische Studie. — Friedreich's Blätter für ger. Med. Jhrg. 1870. pp. 18
Gruppirung zahlreicher Fälle aus der Literatur als Folge des Affectes und als solche der Geistesstörung.
—, Bericht üb. d. Leistungen im Gebiet der gerichtlichen Psychiatrie im J. 1870. — Friedreich's Bl. f. ger. Med. 1871. pp. 29.
—, Die Lehre vom moralischen Wahnsinn und ihre Bedeutung für das Forum. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1871.
—, Ueber Heilung und Heilbarkeit der Tabes dorsalis durch den constanten galvanischen Strom. — Deutsches Arch. f. klin. Med. 1872. Bd. IX. Hft. 3. S. 274.
Kühn, Psychiatrische Mittheilungen. — Bl. kl. Wochenschr. 1871. No. 28.
Fall von Gemüthsidiotismus aus der Göttinger Anstalt.
Langer, Ueb. Crania progenaea. — Oest. Ztschr. f. prakt. Heilk. XVII. 26.
Leidesdorf, M., Diagnose u. Behandl. der paralytischen Geisteskrankheit. — Wien. med. Wchschr. XIX. 3. 6. 9. 10.
—, Ueb. d. Studium der Psychiatrie. — Wien. med. Wochschr. XXI. 2. 3. 1871.
—, Zur Lehre von der Melancholie. — Oestr. Ztschr für prakt. Heilk. 1871. XVIII. 12.
—, Ueb. gefährliche Geisteskranke. — Oestr. Ztschr. f. prakt. Heil. XVII. 19. 20.
—, Ueb. die Anwendung d. Bromkalium bei Epilepsie und Psychosen. — Wien. med. Pr. XII. 50. Wien. Wochenschr. 1872. 44.
—, Ueb. d. in der Schwangerschaft u. im Puerperium auftretenden Psychosen. — Wien. med. Wochenschr. XXII. 25. 26. No. 189.
Leube, W., Ueber multiple inselförmige Sklerose des Gehirns u. Rückenmarks. — Arch. f. klin. Med. 1870. 1. S. 1.
—, Ueb. d. Anwendung des Pancreasglycerinextractes zur Ernährung der Kranken vom Mastdarm aus. — Centralbl. 1872. 30.
Die Drüse des Rindes, für 3 Injectionen, fein zerhackt mit 250 Ccm. Glycerin versetzt und zerrieben; je $^1/_3$ zu 120—50 Grm. feingehacktem Fleisch gefügt und bald injicirt.
Lindermann, Ueb. d. Chloralhydrat und seine verschiedene Wirkung auf verschiedene Individuen. — Wien. med. Pr. 1871. XII. 12.
Mader u. *Drasche*, Melancholie; Neuralgie. — Oestr. Ztschr. für prakt. Heilk. XVIII. 17.
Magnus, H., Bem. über den Bau des knöchernen Vogelkopfes. — Ztsch. f. wiss. Zool. XXI. 1. p. 1. 1871.

Majer, C., Zur Statistik der bayrischen Kreisirrenanstalten. — Bayr. ärztl. Intell.-Bl. 1871. 13.

Manz, Das Auge der hirnlosen Missgeburten. — Virch. Arch. LI. 1. p. 1.
Die Existenz der nervösen Elemente in Sehnerv und Netzhaut ist wesentlich an die Existenz des Gehirns geknüpft, und Stäbchen wie Zapfen und Körnerschichten sind als nervöse Elemente nicht anzusehen.

—, Ueber Sehnerven-Erkrankung bei Gehirnleiden (Hydrops vaginae n. optici). — Arch. f. klin. Med. 1872. Bd. IX. H. 3. S. 274.

Manz. W., Ueber Sehnervenerkrankung bei Gehirnleiden. — Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. IX. S. 339.
Austritt von Flüssigkeit aus dem Arachnoidealraum in den Subvaginalraum des Opticus.

Maresch, Jahresber. der Landesirrenanstalt in Wien f. d. J. 1869. — Wien. med. Jhrb. XX. p. 89.

Maschka, Vergiftung durch Chloralhydrat. — Wien. med. Wchschr. XXI. 48.

Mayer, Louis, Menstruation im Zusammenhange mit psychischen Störungen. — Beitr. z. Geburtshülfe etc. in Berlin. Bd. I. p. 111.

Meister, J., Geistesstörung in Folge von Pneumonie; schwere Gehirnverletzung. Trepanation. — Deutsche Klin. 1871. 50.
Stach sich mit einem Messer in den Kopf, brach die Klinge und klopfte am Fussboden dieselbe durch den Schädel in's Gehirn. Trepanation und Tod.

Mendel, E., Zur Therapie der Melancholie. — Bl. klin. Wochenschr. IX. 24. 25.

Meyer, L., Mittheilung über einen Fall von enormer Atrophie der Rippen eines Geisteskranken. — Virchow's Arch. Bd. LII. 3. Hft.
Schwachsinnige 55j. Frau, an Niereneiterung gestorben. Rippen an einzelnen Partien messerklingenartig, fracturiren leicht ohne Splitter, sind sehr leicht. Im Leben keine Rippe gebrochen.

Meynert, Ueb. Unterschiede im Gehirnbau des Menschen und der Säugethiere. — Mittheil. der Anthropol. Gesellsch. zu Wien. 1. Bd. No. 4. 1870. S. 79.

—, Ueb. d. Methode der Gehirnwägungen. — Mitth. d. Anthrop. Ges. zu Wien. I. Bd. No. 5. 1870.

—, Beiträge zur Diagnose des paralytischen Irrseins. — Wien. med. Pr. 1871. 25.

—, Die primären Formen des Irrsinns. — Wien. med. Presse. 1871. 45. Wien. med. Wchschr. XXI. 45. Oestr. Ztschr. f. ger. Heilk. XVII. 44—46.
Die melanch. Zustände sind Leiden des Centralorgans, bei welchen die verminderte Entbindung lebendiger Kräfte und die gesammte Fortleitung der Erregungen als psychischer Schmerz empfunden werden, meist unter Entwickelung von Wahnideen mit dem Charakter der Ge-

bundenheit und oft unter Begleitung von Reizungserscheinungen, namentlich von Angstgefühl.

Die Manie ist ein Leiden des Centralorganes, bei welchem unter dem Einflusse von Hyperämie die Entbindung der vorräthigen lebendigen Kraft im Gehirn erleichtert und beschleunigt wird, das seinen subjectiven Ausdruck im Gefühl der Lust und in Wahnideen mit dem Gepräge der Ungebundenheit findet, wenn nicht die Erscheinungen der Hyperästhesie und Angst überwiegen.

—, Die Beziehungen zwischen Epilepsie und Manie. — Allg. Wien. med. Zt. 1872. No. 3.

—, Zur Lehre von der Mania sine delirio. — Allg. Wien. med. Zt. 1871. 28.

Mildner, Aus der Landes-Irren- u. Siechenanstalt zu Klosterneuburg. — Wien. med. Wchschr. XXI. 29. 30.

—, *E.*, Ueber Syphilis in den Schädelorganen, verbunden mit Geistesstörung. — Wien. med. Wchschr. 1872. 30. 32.

Müller, W., Ueb. Entwickelung und Bau d. Hypophysis u. des Proc. infundibuli cerebri. Ueb. d. Bau der Chorda dorsalis. — Jen. Ztschr. f. Med. IV. p. 327.

Nothnagel, E., Die nervösen Nachkrankheiten des Abdominaltyphus. — Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. IX. Hft. 4. S. 480. u Centralbl. 1872. No. 24.

Mit Ausschluss der Psychose. Am häufigsten wird das Gebiet der spinalen Nerven betroffen. Daran reihen sich einfache Sensibilitätsstörungen an. Isolirte motorische Lähmungen sind nur selten und nur im Bereiche der Hirnnerven (Glottisparalysen, Accommodationsparesen).

—, *H.*, Schmerz und cutane Sensibilitätsstörungen. Beitrag zur Pathologie der Neuralgien. — Virch. Arch. 1871. 1. u. 2. H. S. 121.

Obersteiner, H., Zur pathologischen Anatomie der paralytischen Geisteskrankheit. — Virch. Arch. LII. 4. p. 510.

Preyer, W., Notiz üb. d. violettempfindenden Nerven. — Centrlbl. 1872. 8.

Reich, H., Gerichtl. psychiatr. Gutachten (Mordversuch. Brandstiftung. Nichtigkeit eines Kaufvertrages. Ungültigkeit eines Hauskaufs). — Deutsche Ztschr. f. Staatsa. N. F. XXI. 1. p. 102.

Riegel, F., Ueb. d. Einfluss des Centralnervensystems auf die thierische Wärme. — Arch. f. Phys. 1872. V. 12. p. 629.

—, Ueb. d. reflektorische Innervation der Blutgefässe. — Wien. med. Jhrb. N. F. I. 1. p. 92. 1871.

—, u. *Fr. Jolly*, Ueb. d. Veränderungen der Piagefässe in Folge von Reizung sensibler Nerven. — Virch. Arch. LII. 2. p. 218. 1871.

Rindfleich, E., Zur Kenntniss der Nervenendigung in der Hirnrinde. — Arch. f. mikr. Anat. VIII. 453.

In der Hirnrinde des Kaninchens liegt eine doppelte Art der Endigung markhaltiger Nervenfasern vor. Die einen gehen in die Axencylinder-

fortsätze des Ganglienkörpers über, die anderen lösen sich in dieselbe körnig faserige Substanz auf, in welche die verästelten Fortsätze der Ganglienkörper eintauchen.

Rineker, Ueb. d. Zusammenhang von Psychose u. Fieber. — Vrh. d. phys. med. Ges. zu Würzburg. N. F. II. 1. 2. p. 11.

Ritter, Irrsinn nach Abdominaltyphus. — Memorabilien 1871. 4.

Rosenthal, Die vasomotorischen Innervationsstörungen bei Hysterie. — Allg. Wien. med. Ztschr. 1871. 23. — Prag. Viertelj. 1872. I. S. 100.

—, Ueb. d. anat. Befunde bei apoplektischen Gefühlsstörungen. — Wien. med. Pr. 49. 1870.

In 6 Fällen constant Erweichungsheerde, besonders embolischer Natur, im Marklager um den Linsenkern.

Rossbach, Ueb. d. Folgen der Exstirpation des Sympathicus. — Verh. d. phys. med. Gesellsch. zu Würzb. N. F. II. 1. u. 2.

Roth, M., Beiträge zur Kenntniss der varikösen Hypertrophie der Nervenfasern. — Virch. Arch. LV. 1. 2. p. 197.

—, Verkalkung der Purkinje'schen Zellen des Cerebellum. — Virch. Arch. LIII. 4. p. 508.

Rubinski, Ueb. d. Cuticulum cerebri et cerebelli Dr. E. Fleischl's. — Arch. f. Anat., Phys. etc. 1871. 4. p. 413.

Sachs, Ueb. ein Mittel, bei widerspenstigen Kranken das Oeffnen des Mundes zu erzwingen. — Bl. klin. Wchschr. 1871. No. 50.

Nach Zurückziehung eines Mundwinkels wird durch irgend eine Zahnlücke Bougie, Borste, Federbart oder Sonde nach dem Rachengrunde dirigirt. Würgebewegungen. Die Zahnreihen weichen aus einander und man kann nun Instrumente, gesicherten Finger etc. einführen.

Sander, W., Ueb. d. Zählblättchen u. ihre Benutzung b. d. Irrenstatistik. — Vrschr. f. ger. Med. N. F. XVI. 1. p. 125.

Schöller, F. v., Fall von Kolben- oder thurmförmiger Entwicklung des Schädels. — Sitz.-Ber. d. Ver. d. Aerzte in Steyermark. VII. 11. p. 92.

Scholz, Todtschlag auf See. War der Beschuldigte zurechnungsfähig oder nicht? — Vrtjschr. f. ger. Med. N. F. Bd. XVI. H. 1.

Schüle, H., Fall von Sklerose der Nervencentren. — Arch. f. klin. Med. VIII. 3. u. 4. p. 223. 1871.

Erkrankung im 7. J., Tod im 15. Wechsel der Erscheinungen, besonders der motorischen und sensiblen, aktiv ataktischer Charakter der Bewegungen aller Extremitäten, wiederholter Wechsel zwischen normaler Function der N. N. oculor. und fac. und deren Parese, zunehmende Muskelatrophie besonders der Beine bei im Allgem. nicht aufgehobener willkührlicher Beweglichkeit, die erhaltene faradische und galvanische Erregbarkeit der Extremitätenmuskeln trotz sehr intensiver Erkrankung beider Vorderhörner.

—, Weiterer Beitrag zur Hirn-Rückenmarks-Sklerose. — Deutsch. Arch. f. klin. Med. VIII. H. 3. S. 223.

Schwarzenthal, A., Vereiterung eines halben Gehirnlappens bei vollständigem Bewusstsein und fortdauernder Arbeitstüchtigkeit: plötzlicher Tod. — Wien. med. Presse 1871. S. 34.

Pat. von 30 J. hatte bis zum letzten Tage ohne die mindeste Beeinträchtigung ihrer geistigen Fähigkeiten gearbeitet.

Setschenow, J.. Bemerk. über das Verhalten der Nerven gegen sehr schnell folgende Reize. — Arch. f. Phys. V. 2. u. 3. p. 114.

Simon, Th., Fall von abnormer Erweiterung der Foramina parietalia. — Virch. Arch. LI. 1. p. 137.

Soboroff, S., Beitrag zur Kenntniss der Gefässnervencentren. — Wien. med. Jhrb. 1871. 4. p. 449.

v. Solbrig, Aus dem Rechenschaftsber. d. oberbayr. Kreisirrenanstalt für 1870. — Bayr. ärztl. Int.-Bl. 1871. 46.

Stark, Chloral in der Psychiatrie. — Würt. Corr.-Bl. XL. 1. 38. 1871. u. Schmidt's Jhrb. 1872. No. 2. S. 138.

Verf. rühmt Morphio-Chloral, wo es sich um rasche Beseitigung von Excitationszuständen handelt. In 2 Fällen Tod nach Chloral innerlich u. Morph. subcutan: Tiefe Somnolenz, Lungenödem u. Tod.

Steiner, Epidemie von Chorea minor. — Jhrb. d. Kinderhk. N. F. III. 3. p. 291. 1870.

19 Pat. im Jan. u. Febr. Heilung durch Sol. Fowl. Verf. schreibt die Epidemie den Witterungseinflüssen zu.

Stieda, L, Ueb. d. Ursprung der spinalartigen Hirnnerven. — Dorp. med. Ztschr. 1871. II. 1. p. 49.

Ullersperger, J. B., Ueb. Zulässigkeit der Heilgymnastik in Irrenhäusern. — Deutsche Ztschr. f. Staatsarzneik. N. F. XXI. 1. p. 87.

Wecker, L., Astigmatismus und Schädelbildung. — Monatbl. f. Augheilk. 1870. Juni.

Wiedemeister, Verkalkte Gehirnzellen. — Virch. Arch. Bd. L. H. 4. S. 640.

Frau von 53 J., in frühem Stadium progressiver Paralyse verstorben. In der linken Art. foss. Sylv. faserstoffiger Embolus. Nahe der Spitze der Hemisphäre nekrotischer Erweichungsheerd mit gallertiger Masse im siebförmigen Gewebe, worin verkalkte Ganglienzellen, Corpp. amylacea und colloidea, Fettkörnchenzellen, zertrümmerte Nervenröhren und ein knochenartiges Plättchen.

—, Ueber Ephidrosis unilateralis bei einem Geisteskranken. — Virch. Arch. 52. Bd. 3. Hft. 437 S.

—, Inanitionsdelirium. Heilung. — Bl. klin. Wchschr. 1871. 3. (Im Militair-Lazareth).

Wohlrab, A., Ueb. Degenerationszeichen und hereditäre Neuropathien. — Arch. f. Heilk. XII. Hft. 4 u. 5. S. 294. 1871.

Die Degenerationszeichen weisen ebenso wie andere z. Th. unbedeutende, scheinbar spontan oder durch unbedeutende Schädlichkeiten entstandene Neuro- und Psychopathien auf die hereditäre Behaftung eines

Individuums und seiner Blutsverwandten hin. Sie sind aber allein ebenso wenig ein Maassstab für die neuropathische Behaftung eines Individuums oder einer Familie als einzelne Neurosen und Psychosen; dafür kann erst die Summe der psychischen, motorischen, sensitiven und trophischen Neuropathien einer Familie gelten.

Wolski, Br., Ueber die Unempfindlichkeit des Rückenmarks für äussere Reize. — Arch. f. Phys. 1872. V. 6. 7 p. 290.

Wrany, A., Zur abnormen Weite der Foramina parietalia. — Pr. Vjhrschr. CVIII. p. 152.

Zenker, A., Zur Lehre von der inselförmigen Hirnsklerose. — Arch. f. kl. Med. 1870. 1. S. 126.

Ueber Erblichkeit geistiger Fähigkeiten. — Ausland 1870. No 39.

Verhandlungen des Vereins schweizerischer Irrenärzte. VII. Versammlung zu Basel. — Corresp.-Bl. für schweizer Aerzte. 1871. No. 10.

Zur Affaire Stefan Bock. — Wien. med. Wchschr. 1872. No. 31.

Schmäh-Artikel gegen namhafte und namhaft gemachte Irrenärzte und Privatirrenanstalten wegen ungerechtfertigter Freiheitsberaubung.

Irrenwesen in Würtemberg. — Würtb. Corr.-Bl. XLI. 38.

Ausländische.

Allbutt, T., C., Ueber die Wirkung der Muskelübung auf die Körpertemperatur. — Brit. med. J. 1871. Febr. 18.

—, Fall von Gehirnkrankheiten mit ophthalmoskop. Befunden. — Lancet, II. 20; Nov. p. 670.

Anderson, W., Cerebral rheumatism. — Brit. med. J. 1871. No. 542. May 20.

Atkinson, F. P., Ueb. Aphasie. — Edinb. med. J. XVI. p. 311 u. 392.

Balfour, J. H., Ueb. d. Ursachen der Geistesstörungen.

—, *W. G.*, Ueb. d. relative Gewicht d. Gehirns b. Gesunden und Geisteskranken. — Edinb. med. J. XVII. p. 797. March.

Baudny, J. K., Ueber die Epilepsie in ihren ger. med. Beziehungen. — St. Louis med. and surg. J. N. F. VII. 6. p. 506. Nov.

Béhier, Ueber puerperales Irresein. — Gaz. des hôp. 21. 1870.

Berthier, Dementia mit incohärenten Grössenwahnideen ohne jedes Symptom von Paralyse; Bedeutung der Schrift und ihrer Modifikationen. — Gaz. des hôp. 1872. No. 34.

—. Fall von einfacher primitiver Dementia. — Gaz. des hôp. 1872. 11.

Bodington, F., Forcible feeding of the insane. — Brit. med. J. 1872. 587.

Bouchut, Ueber Cerebroskopie. — Gaz. des hôp. 1871. 25. 26.

Bradley, S. M., Ueb. d. Gehirn eines Idioten. — J. of Anat. and Physiol. VI. (2. S. No. IX.) p. 63. Nov.

Brierre de Boismont, A., Ueb. d. franz. Irrengesetz. — Ann. d'Hyg. 2. Sér. XXXVI. p. 166.

Broadbent, On the cerebral convolutions of a Deaf and Dumb Woman. Mit 2 Taf. — J. of Anat. and Phys. 2 Ser. No. 6. London 1870. S. 218.

Brown, M. M., Ueb. Puerperalmanie. — Philad. med. and surg. Rep. XXVI. 5. p. 92. Febr.

Browne, J. Cr., Clinical lectures on mental and cerebral diseases. — Brit. med. J. 1871. No. 553.

—, Ueber Anwendung des Mutterkorns b. Behandlung d. Geisteskrankheiten. — The Practitioner. June, 1871. u. Bull. de Thér. LXXXI. p. 241. Sept. 30.

—, Clinical lectures on mental and cerebral diseases. — Brit. med. J. 1871. No. 539, 540.

—, Conium in the treatment of acute mania. — Lancet 1872. I. 144. 182. 217.

Von Succ. Conii Männer Dr iij, Frauen Dr ij 3—4mal täglich bei Manien mit grosser muskulöser Unruhe. Von 25 Fällen wurde in 23 diese Unruhe beseitigt und indirect Schlaf herbeigeführt.

—, Ueb. Geistes- u. Gehirnkrankheiten. — Brit. med. J. April, May, July Aug. 1871.

—, *J. H. Balfour*, Ueber beschränkte Zurechnungsfähigkeit bei Geisteskranken. — Edinb. med. J. XVI. p. 203.

—, Partielle moralische Manie; Kleptomanie. — Brit. Rev. XLVII. p. 498.

—, Ueber moralische Geistesstörung. — Dubl. J. L. p. 272. Nov.

—, *Cr.*, Unerwünschte Wirkungen des Chloralhydrats. — Lancet I. 13. 14. 1871. u. Schmidt's Jhrb. 1872. No. 2. S. 140.

Browning, B., Chloralvergiftung mit Ausgang in Genesung. — Brit. med. J. 1871. Dec. p. 640.

Brown-Séquard, Anatom. Zusammenhang der Netzhaut mit dem Gehirne. — Arch. de Phys. norm. et path. IV. 2. p. 261. Mars 1872 u. Schmidt's Jhrb. 1872. No. 4.

1) Eine der beiden Gehirnhälften genügt für das Sehen mit beiden Augen, und jeder Tractus opticus setzt die ihm zugehörige Gehirnhälfte mit beiden Hälften beider Netzhäute in Verbindung. 2) Die Amaurose, welche nach unilateraler Verletzung des Tract. opt., oder des Corp quadrig., oder anderer Gehirntheile, oder endlich des Rückenmarkes auftritt, kommt dadurch zu Stande, dass die am Orte der Verletzung gesetzte Reizung auf die Ernährung des Auges, des Opticus oder anderer Theile einwirkt.

—, On the production of Haemorrhage anaemia, oedema and emphysema in the lungs by injuries to the base of the brain. — Lancet I. 1871. No. 1 u. Centralbl. No. 9. 1871.

Nach Verletzung verschiedener Theile des Gehirnes starben die Thiere häufig an Pneumonie, nach solcher des Pons Varolii kommen fast constant Ecchymosen im Lungenparenchym oder Blutergüsse in den Bronchien, ebenso bei Crura cerebri oder cerebelli, selten bei Med. obl. oder

spinalis. Ebenso entstand lokale Anämie (wohl in Folge von Gefässkrampf). Nach Verletzung der Med. obl. entstand auch Oedem (stecknadelkopfgrosse, grauliche Stellen, an denen seröse Imbibition u. Füllung der kleinsten Blutgefässe mit weissen Blutzellen), ebenso Lungenemphysem Folge von Verletzung der Hirnbasis.

Bruzelius, *R.* u. *Blix*, Fall von Medullargliom des Gehirns. — Sv. läk. sällsk. förhandl. S. 25. 1870. — Nord. med. Ark. II. 4. No. 27. 1870.

Burr, *H. N.*, Fall von Vergiftung durch Chloral. — Phil. med. and. surg. Reporter XXV. 24. p. 535. Dec.

Burral, *F. A.*, Ueber d. Zusammentreffen gewisser Symptome vom Nervensystem mit der Gegenwart überreichlicher Mengen von Harnstoff im Urin. — Amer. J. No. 5. July 1870.

Nervöse Leiden bei starker Absonderung von Harnstoff. Meist Personen, die reichlich Fleisch essen, auch wohl Whiskey tranken und sich in den Strudel des amer. Geschäftslebens stürzten. Bei scheinbar gesundem Aussehen Säurebildung, Abspannung, Schwindel, Kopfweh, Reizbarkeit des Gemüths und Niedergeschlagenheit, Schlaflosigkeit und verschiedene Verdauungsstörungen. Diätregulirung, Körperbewegung, erheiternde Gesellschaft. Vichywasser, Chinin, Eisen, Nux vomica.

Chalvet, Fall von Paral. spin. gen. — Gaz. des hôp. 1870. 99.

Heilung nach heissen Seebädern.

Charcot, *M.*, De la contracture hystérique. — Gaz. des hôp. No. 140 und 141. 1871. u. Centralbl. 1872. No. 2.

Das Charakteristische der hysterischen Contractur besteht in der permanenten Extensionsstellung, die sich im Schlaf nicht löst, nur im Chloroformrausch verschwindet. Die Ernährung der Muskeln leidet nicht. Die elektrische Contraktilität ändert sich wenig oder gar nicht. Starke Flection löst oft ein andauerndes Zittern der ganzen Extremität aus.

Choostek, *Fr.*, Encephalitis der Gebilde des rechten Ammonshorns mit dem Ausgange in Sklerose. Paralysis agitans der linksseitigen Extremitäten. — Wien. med. Wchschr. 1871. No. 37. 38. 39. und Centralbl. 1871. No. 50.

Clarke, *L.*, The relation of acute rheumatism to delirium tremens. — Brit. med. J. 1872. No. 588.

Cleland, Ueb. d. physikal. Bezieh. zwischen d. Bewusstsein u. d. Sitz. d. Gefühls. — J. of Anat. and Phys. V. p. 102. Nov.

Clouston, *T. S.*, Observations and experiments on the use of opium, bromide of potassium, and cannabis indica in insanity, especially in regard to the affects of the two latter given together. — Brit. and For. Med. chir. Rev. XCII. Oct. 493 u. Centralbl. 1870. No. 52 u. Schmidt's Jhrb. 1871. No. 2. S. 209.

—, Ueb. d. Indikationen u. den Zeitpunkt für d. Aufnahme in Irrenanstalten. — Brit. med. Journ. 1872. Jan. 72.

Colin, Léon, Ueb. d. allgem. Paralyse d. Irren nach lokalen Gehirnaffectionen, bes. Hirnblutungen. — Gaz. hebd. 2. Sér. VII. 33.

Conklin, W. J., Ueber klimakter. Geistesstörung. — Amer. Journ. N. F. CXXIV. p. 365. Oct.

Dahl, C, Om Kjon og Alderstorhold som disponerende Momenter til Sinds sygdom. — Saerskitt aftrykt af Videnck-Selck. Forhandlinger for 1869.

Davies, W. G., Ueb. d. Methode in d. Irrenheilkunde u. üb. d. Lokalisation d. intellektuellen Fähigkeiten u. d. Erregungen. — Lancet 1870. I. 11. 12.

Decaisne, E., Fälle von Nostalgie, beobachtet während der Belagerung von Paris. — Gaz. de Par. 1871. 17. p. 178.

Dickson, Epilepsy with symptoms of mania. — Brit. med. J. 1872. No. 598 June 15.

Druit, Ueber die verschiedenen Arten der Sprachdefecte bei Hirnerkrankung. Med. Times. Jan. 14. 21. Febr. 4. 1871.

Dubrunfaut, Ueber einige Eigenthümlichkeiten der object. u. subjectiven Gesichtswahrnehmungen. — Gaz. des hôp. 1871. 104.

Durrant, C. M., Ueber Schwindel als Symptom. — Brit. med. journ. 1871. Jan. 28.

Edes, R. T., Ueber krankhafte Gebilde im Grosshirn, Kleinhirn, Gangl. seminulare u. Sympathicus. — Americ. j N. S. C. XXI. p. 81. Jan. 1871.

Evans, M., Hydatids of the brain: optic neuritis. — Brit. med. J. 1872. p. 366.

Faure, Ueb. d. Einwirkung des Rheumatismus auf den Charakter. — Arch. gén. 6. Ser. XVIII. p. 306.

Faye, Fall von fragl. Zurechnungsfähigkeit. — Norsk. Mag. 3. R. 1. 4. Ges.-Verh. p. 58.

Finco, G., Cauterisation der Ohren und Fusszehen bei Neuralgien. — Gazz. Lomb. 10. 11. 1869 u. Schmidt's Jhrb. 1870. No. 11. S. 160.

Fisher, W., Nachtheilige Wirkungen des Chloralhydrats. — Brit. med. J. Febr. 25; April 1. 1871 u. Schmidt's Jhrb. 1872. No. 2. S. 140.

De Fleury, Ueb. d. gewöhnl. Sitz d. hyst. Hemiplegie auf d. linken Seite. — J. de Brux. LI. p. 269.

Forword, W. St., Ueb. d. Wirkung des Aberglaubens auf Entstehung von Krankheit b. d. Negersklaven in Westindien. — Phil. med. and surg. Reporter XXV. 8. p. 161. Aug. 1871.

Foss, W., Notes of a fatal case of hysteria. — Brit. med. J. 1872. July 6. Unerwarteter Tod in 2 Fällen während hysterischer Anfälle. Die Section ergab Nichts.

Fouille, Ueb. d. Dauer d. allgemeinen Paralyse. — Gaz. des hôp. 1872. 65. p. 518.

Foville, A., Ueb. Geistesstörung mit vorherrschendem Grössenwahn. — Gaz. des hôp. 1871. 97. 98.

Fuller, H. W., Fall von Tod durch Chloralhydrat. — Lancet 1871. I. 12.

Furley, Fall von Puerperalmanie, behandelt mit Chloral. — Edinb. med. J. XVI. p. 657. Jan.; p. 840. March.

Gauchet, A., Les dangers du chloral. — Bull. gén. de thérap. 1871. p. 429—40 u. Centralbl. 1871. No. 50 u. Schmidt's Jahrb. 1872. No. 12. S. 140.

Bei 2 Geisteskr. Urticaria, bei 2 Purpura, in dem einen grosser Kräfteverfall mit schliesslicher Herstellung, im anderen nach 3 Wochen Tod. Gaben einige Tage lang 15—20 Gran 3 Mal täglich. Im 5. Falle 11 Monate durch Abends 30 Gran mit gutem Erfolge, doch stets nach Einnahme starke Injectionen des Halses, Gesichtes und der Ohren, schwankender Gang, stammelnde Sprache, ein Zustand unvollkommener Trunkenheit; in einem Anfalle Tod. Section Hyperämie in hohem Grade. Im 6. Falle Tod eines Geistlichen, der Chloral geschnupft. Die Red. fügt noch zwei Todesfälle aus gleichen Ursachen zu.

Gibson, W. L., Fälle von Kopfleiden mit dunkler Diagnose. — Edinb. med. J. XVI. p. 193. 1870 u. Schmidt's Jhrb. 1871. No. 11. S. 152.

Nach 2 Anfällen von plötzlichem Erbrechen, Schwindel, Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusch Tod. Befund flüssige Erweichung des rechten Kleinhirnlappens.

Vermuthete Diagnose: reichlicher Bluterguss über die ganze Oberfläche der linken Hemisphäre. Befund 2 kleine Blutgerinnsel im Hirnlappen. Bewusstlosigkeit bei der Arbeit, Tod nach 2 Tagen. Section ausgebreitete Fraktur des linken Scheitelbeines ohne äussere Verletzung; Pat. war 3 Tage vorher gefallen und hatte sich wohl befunden.

Golgi, C., Ueb. d. pathol. Veränderungen der Lymphgefässe des Gehirns. — Riv. clin. IX. 10 u. 11. 1870 u. Schmidt's Jhrb. 1871. No. 11. S. 152.

—, Contribuzione alla fina Anatomia degli organi centrali del Sistema nervoso. — Riv. Clin. Nov. 1871. S. 1. 11. 12. p. 338. 371 u. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1872. No. 21.

Mikrosk. Anat. der in den Centralorganen vorkommenden Bindesubstanz, speciell Formen und Eigenschaften der hier vorliegenden Bindegewebszellen.

Gray, G., Plötzl. Abnahme der Pulsfrequenz in Krankh. als Zeichen nahender Gehirnerkrankung. — Brit. med. J. 1871 Juli 12. p. 94.

De Grecchio, L., Ueber Geisteskrankheiten im Allgemeinen. — Il Morgagni XIV. 2. p. 124.

Greenhow, E. H., Fall von Atrophie des Gehirns, bedeutende Erniedrigung der Körperwärme einige Tage vor dem Tode. — Transact. of the clin. Soc. Vol. III. p. 164. 1870 u. Schmidt's Jhrb. 1871. No. 5. S. 142.

Guéneau de Mussy, N., Erotisme de la ménopause. — Gaz. hebd. 1872. No. 37. 2. Sér. VIII.

Habershon, Aphasie, nach Schreck entstanden. — Lancet II. 12.

Hallopeau, H., Ueb. Sclerosis diffusa periependymatosa. — Gaz. de Par. 1870. 30. 32. 34. 35.

Hammod, W., Ueb. Athetose: unwillkührl. Bewegungen der Finger und Zehen. — Arch. gén. 6 Sér. XVIII. 1871. p. 329.

Hamy, E. T., Ueber anomale Fontanellen am menschl. Schädel. — J. de l'Anat. et de la Phys. VII. 6 p. 591. Nov. et Dec.

Haukes, J., Ueber Delusionen und Hallucinationen. — Lancet 23. 25. 1870. Dec.

—, Temperaturbeobachtungen bei Geisteskranken. — Lancet 1. 13; 1872, March.

Hills, W. C., Ueb. d. Anwend. mechan. Zwangsmaassregeln bei Geisteskranken. — Lancet, 1872. I. 23. June p. 811.

Hitchman, J., Clinical observations on the diagnosis of the general paralysis of the insane. — Brit. med. J. 1871 No. 565. Oct. 28.

Holland, Kent new lunatic asylum. — Brit. med. J. 1872. 597.

Kent hat für eine neue Anstalt zu 1000 Irren 200,000 Pfd. bewilligt. Verf. tadelt sie als ein grosses Gebäude, will lieber 200 Häuschen zu je 5 Personen.

Hunt, J. W., Case of poisoning by Chloral Hydrate. — Brit. med. J. 1871. No. 530.

Mann von 51 J. Nahm in 10 Tagen 15 Drachmen. Letzte Dose ungewiss. Herz intact gefunden.

Jackson, H., Fall von Hirnerkrankung; linksseitige Hemiplegie; Geistesstörung. — Med. Tim. and Gaz. 1872. May 4. p. 513.

—, *J., D.*, Zur Agoraphobie (Eisophobie, Autophobie). The Clinic. II. 6. Febr. 1872 u. Schmidt's Jahrb. 1872. No. 5.

Das Gefühl der Hülflosigkeit und Furcht, wenn Pat. allein und nur auf sich angewiesen ist, scheint Verf. das wesentliche zu sein.

—, *J, H.*, Ueb. Neuritis optici in Folge von Gehirnentzündung. Med. Times and Gaz. 1871. Nov. 11.

—, Ueb. d. Anwend. d. Ophthalmoskops zur Diagnose von Gehirnkrankheiten. — Med. Times and Gaz. 1871. June 3. Aug. 26.

Jobert, Beiträge zur Kenntniss des sensitiven Nervensystems. — J. de l'Anat. et de la Phys. VII. 6. p. 611. Nov. et Dec.

Joffroy, Fall von Atroph. muscul. progr. u. Sklerosis der Seitenstränge. — Gaz. de Paris 1870. No. 10.

Johnson, M., Ueb. Veränderungen im Gehirn und Gangliensystem b. geistigen Störungen. — Med. Times and Ganz. 1871. Oct. Dec.

—, Ueb. die Stirnwindungen des Gehirns. — Med. Times and Gaz 1871. Oct. 7.

Kennedy, J, Ueber den Schädel eines jungen Aino. — J. of Anat. and Phys. 1871. p. 343.

Key (Axel) och *Retzius (G.)*, IV. Bidrag sill kännedomen om hjarn-och ryggmargshinnorna, med särskilt ufseende pa de serosa rummen och lymphanorna jämte deras förbindelses. — Nord. med. Arch. 1870. II. 1. 13—18.

Keyes, Ueb. d. Gehirnerkrankungen nach Syphilis. — Med. Journ. Nov. 1870 u. Prager Vrtljschr. 1872. L. S. 108.

Beachtungswerth 1) Hemiplegie, 2) Paraplegie, 3) Syphil. Epilepsie, meist erst mit dem 30. Jahr, 4) Syphil. Geistesstörung mit Aphasie verbunden, während Lähmungen fehlen können. Die verschiedensten Formen psychischer Störung kommen vor. Häufig reizbare Stimmung, Misstrauen, Schwindel, Gehirncongestionen, Neuralgien, Anästhesien und Akinesen. Jodkali bis 1 Dr. pro die, doch mit viel Wasser und nie bei leerem Magen.

Kjellberg, G., Ueb. die Indikationen von Chloralhydrat bei Geisteskrankheiten. — Nord. med. Ark. III. 4. No. 26. p. 29. 1871.

De Krafft-Ebing, Sur le pronostic dans affections mentales. — Ann. de la soc. de méd. de Gand. 1871. Aout.

Krishaber, M., Neuropathie cérébro-cardiaque. — Gaz. hebd. 1872. No. 20. 21. 23. 26. 27. 30.

Labbé, L. u. *E. Goujon*, Ueb. Combination d. Wirkung d. Chloroform u. Morphium. — Gaz. des hôp. 1872. 32.

Lasègue, Ch. u. *Legrand du Saulle*, Fall von Verfolgungswahn (Ungültigkeitserklärung eines Testaments). — Ann. d'Hyg. 2. Sér. XXXVI. p. 348. Oct.

Laycook, Th., Ueb. d. Beziehungen zw. Seele und Leib. — Brit. med. J. 1870. 27.

—, Ueb. Erkrankungen der Gewebe u. Organe unt. d. Einfl. des Nervensystemes. — Med. Times 1871. March. 4. 18. Avril 1. 8.

—, Ueb. d. klin. Beobachtung von Krankheiten des Gehirns und Nervensystems. — Med. Times 1871. Jan. 14. 28. Febr. 11.

Legrand du Saulle, Ueb. Geisteskrankheiten vom ger. med. Standpunkte. — Gaz. des hôp. 1870. 103 104.

—, Ueb. d. Einmischung d. Gerichte in die Verhältnisse Geisteskranker. — Ann. d'Hyg. 1872. 2. Sér. XXXVII. p. 129. Jan. p. 379. Aor.

—, Le délire des persécutions. — Gaz. hebd. 1872. No. 29.

—, Ueb. Verfolgungswahn. — Gaz. des hôp. 1871. 101.

—, Ueb. den Geisteszustand d. Bewohner von Paris während des Krieges 1870—71. — Gaz. des hôp. 1871. 102. 103.

Lindsay, W. L., Ueb. d. Irrenanstalten in den engl. Kolonien, mit besond. Beziehung auf Neuseeland. — Edinb. med. J. XVII. p. 807. March. p. 909. April.

—, Ueb. d. Irrenwesen in den brit. Colonien. Brit. Rev. XL. IV. p. 480. Oct. 1869 u. Schmidt's Jbrb. 1870. N. 11. S. 199.

Gipfelt in der Forderung einer Centralbehörde inspicirenden und dirigirenden Commissioners.

—, J. M., Ueber Anwendung des mech. Zwanges bei Geisteskranken. — Lancet, 1872. I. 21. May. p. 740.

Lindsay, W. Lauder, Ueb. Weichheit der Knochen mit Bezug auf Rippenfracturen bei Geisteskranken. — Edinb. méd. J. XVI. p. 414. 1870. und Schmidt's Jhrb. 1871. No. 2. S. 206.

Lisle, E., Du traitement de la congestion cérébrale et de la folie avec congestion et hallucinations par l'acide arsénieux. I. vol. en 8. Paris, Gavy 1871. 7 Fr.

Lombroso, C., Meteorologisch-psychiatr. Beobachtungen im J. 1868 in d. psychiatr. Klinik zu Pavia. — Riv. clin. 2. Sér. I. 10. p. 297.

—, Esistenza di una fossa occipitale mediana nel cranio di un delinquente. — Rendiconti del Reale Istituto Lombardo. Serie III. Vol. IV. 1871. — Virch. Arch. LII. 4. p. 560.

de Lucé, L., Inanitions-Delirium, angeblich nach einem gastrisch-nervösen Fieber; Heilung. — Bull. de Thér. LXXVII. p. 360. Oct. 30.

Maclagan, T. J., Ueb. physischen Zwang bei Behandlung der Fieberdelirien. — Lancet, 1871. II. 23. Dec.

Madden, Th. M., Ueb. Puerperalmanie. — Brit. Riv. XLVIII. p. 477. Oct.

Magnan, Klin. Mittheil. über Geistes- und Nervenkrankheiten, aus dem Bureau central d'examen in St. Anne. — Gaz. des hôp. 79. 82. 85. 100. 108. 1869. u. Schmidt's Jhrb. 1871. No. 3. S. 310.

Bei 4866 Aufnahmen 231 akute und 662 chronische Alkoholiker, zusammen 893, von denen in den ersten 5 Tagen nur 3 gestorben sind, während unter 5238 in Bicêtre aufgenommenen Irren 1000 Alkoholiker, von denen 30 innerhalb der ersten 34 Tage ihres Aufenthaltes in B. starben und zwar 21 während der ersten 5 Tage. Der ungünstigere Ausgang in B. wird der mehr eingeführten mechan. Beschränkung zugeschrieben.

Marchall, Encephalitis mit Verlust des Gedächtnisses u. Aphasie. — Presse méd. XXII. 44.

Marshall, Vergiftung durch Chloralhydrat. — Med. and surg. Rep. 1871. 752. u. Med. Ctrlbl. 1871. No. 47.

Kind starb nach 3 Gr. Chloralhydrat mit Enge der Pupillen, schnelleres Athmen und Hinfälligkeit nach 10 Stunden.

Maudsley, H., Is insanity on the increase? — Riv. clin. 1872. 2. S. II. 2. p. 47. — Brit. med. J. 1872. No. 576.

May, G., Ueb. Gesetz u. Medicin in ihren Beziehungen zur Criminaljurisprudenz, mit besonderem Bezug auf Geisteskrankheiten. — Brit. med. J. 1872. March. 2. p. 237.

Mercer, N. G., Ueber den Nutzen des Chloralhydrats für die Therapie der Geisteskrankheit. — Med. Tim. and Gaz. April 22. 1871. u. Schmidt's Jhrb. 1872. No. 2. S. 137.

Bei 11 weibl. Kranken wurden 9 (1,5 u. 3,0 Gramm) wesentlich gebessert bei verschiedenen Formen, während bei 2 das Chloral im Stiche liess (4,5 Gramm) und von letzteren beiden in einem Morph. mur. noch half.

Mitchell, A., Ueb. d. Principien d. Eintheil. der Geisteskrankh. — Edinb. med. J. p. 97. 1871. Aug.

—, Ueb. Geisteskrankheit in Bezug auf Vermächtnisse. — Edinb. med. J. XVII. p. 1057. June.

—, Ueber Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker, vom gerichtsärztl. Standpunkte. — Edinb. med. J. XVII. p. 673. Febr., p. 865. April.

—, Ueber sympathische Geisteskrankheit u. den Einfluss des Körpers auf d. Geist u. d. Geistes auf den Körper. — Edinb. med. J. XVII. p. 289. Oct.; p. 481 Dec.

—, *W.*, Ueber die prognostische Bedeutung des Wachsens der Nägel. — Amer. J. N. S. CXXII. p. 420. April 1871.

Mit dem Aufhören der Lähmungen wachsen die Nägel wieder.

Montegazza, P., Ueb. d. Wirkung des Schmerzes anf die Verdauung und die Ernährung. Gazz. Lomb. XXXI. 6. 7. 1871 und Schmidt's Jahrb. 1871. No. 9. S. 389.

Indirekte und sehr wichtige Wirkungen des Schmerzes auf die allgem. Ernährung bestehen darin, dass er eine grössere Vulnerabilität und eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen schädliche Einflüsse hervorruft und die Entwickelung aller ererbten und erworbenen pathol. Grundlagen begünstigt. An den Nerven der Gliedmaassen, welche lange fortgesetzten Misshandlungen ausgesetzt worden sind, können sich nach dem Tode histologische Veränderungen finden, die mit grosser Wahrscheinlichkeit als Folge der schädlichen Einwirkung zu betrachten sind. Die durch den Schmerz hervorgebrachten Störungen der Verdauung und der Ernährung können eine ausserordentliche Bedeutung erlangen: ihre Folge können die ganze Skala vom einfachen Appetitmangel bis zur Inanition, vom Erbrechen bis zur Tuberkulose durchlaufen.

Moore, W., Aneurysma und Geisteskrankheit. — Dubl. J. XLV. p. 323. u. Schmidt's Jhrb. 1870. No. 12. S. 323.

More, J., Ueb. Knochenbrüche bei Geisteskranken. — Lancet II. 33. Sept. p. 449.

Moron, W., Fall von Gehirnrheumatismus, behandelt mit kalten Bädern. — Med. Times and Gaz. 1871. Aug. 26.

Munroe, R., The effects of chloral hydrate. — The Lancet. 1871. II. No. 1. u. Centralbl. 1871. No. 50 u. Centralbl. 1872. No 49.

Verf. sah oft hiernach stärkere Aufregung, bedenkliche Athmungsbeschwerde und folgende Resultate: 1) Es ist bei Nervenkrankheiten, denen kein organisches Gehirnübel zu Grunde liegt, sehr wohlthätig; 2) es ist nachtheilig bei chronischen Krankheiten mit grossem Säfteverlust; 3) es ist immer schädlich bei lange fortgesetztem Gebrauch, sogar in kleinen Dosen.

Neri, G., Ueber das Irrenhaus von Perugia. — L'Ippocratico XXXIV. 14 e, 15. p. 417.

Norris H., Plötzlicher Tod nach grossen Gaben Chloralhydrat. — Lancet 1871. I. 7.

North, E., Ueber Anwendung des Chloralhydrat bei Neuralgien. — Phil, med. and surg. Reporter XXIV. 12. p. 261.

Oebeke, Ueber Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken ohne zwangsweise Ernährung. — Bullet. de Ther. LXXIX. p. 190.

Oedmann, P. u. *Blix*, Fall von Gastroduodenalfistel mit Narbenfall und Zusammenziehung des Magens bei Melancholischen. — To läk sällsk forh. S. 294. 1870. Nord. med. Ark. II. 3. No. 20. p. 5.

Ogle, J. W., Zur Diagnose zw. scheinbarer und wirkl. Krankh. innerhalb des Schädels. Lancet I. 25. Juni, p. 853. 1871.

—, *W.*, Ein Fall zur Erläuterung der Physiologie und Pathologie der Cervikalpartien des Sympathikus. — Med. chir. Transact. LII. p. 151 u. Schmidt's Jhrb. 1870. No. 2. S. 149.

Heilung eines Nackenabscesses. Darnach 1) in Betreff des Auges war der Bulbus etwas retrahirt, die Lidspalte beträchtlich verengert, die Pupille contrahirt. 2) die rechte Gesichtshälfte war röther und heisser als die linke. Entzündliche Processe traten nicht ein, der Puls war stets schnell, nie unter 90.

Onimus, Die Exstirpation des Grosshirns in ihren Folgen. — J. de l'Anat. et de la Phys. VII. 6. p. 633. Nov. et Dec. 1870—71 u. Schmidt's Jhrb. 1872. No. 5.

Erforschung der Veränderungen in den Bewegungsvorgängen.

Ormerod, L., Ueb. d. Beschaffenheit d. Knochen von Geisteskr. mit Rippenfracturen. — St. Barthol. Hosp. Rep. VI. p. 65.

Paton, J. W., Ueb. d. Wirkung gewisser Arzneimittel u. d. Einfl. d. Diät und geistigen Thätigkeit auf die Harnausscheidung. — J. of. Anat. and Phys. V. p. 285. 1871.

Pomeroy, O. D., Gehirnuntersuchungen bei Geisteskranken. — Transact. of the Amer. otolog. Poc. 4. ann. met. Newport, Juli 19. Boston. p. 44.

Ranvier, L., Ueber den Bau der Nervenröhren. — Arch. de Phys. IV. 2. p. 129. 1872. u. Schmidt's Jhrb. 1872. No. 5.

Neue und unerwartete Ansichten über den Bau der Nervenröhren.

—, *J.*, Ueb. d. Prognose bei Geisteskrankheiten. — Amer. J. N. S. CXX. p. 390. Oct.

Redard, P., De l'ossification de la moëlle. — Gaz. hebd. 1872. No. 25. 26.

de Renzi, E., Ueb. Idiotismus. — La nuova Liguria med. 1871. XVI. 9.

Reynolds, J. R., On the scientific value of the legal tests of insanity. — Brit. med. J. 1872. No. 599. 600. June 29.

Richardson, W. u. *L. Sedgwik*, Ueb. d. Verantwortlichk. d. Irren vor Gericht. — St. Andr. med. Assoc. Transact. III. p. 15.

—, *B. W.*, Ueb. d. Nervenfluidum u. eine nervöse Atmosphäre. — Med. Tim. and Gaz. 1871. May 6.

Robertson, A., Influence of mental shock in insanity. — Brit. med. J. 1871. N. 545. June 10.

Rogers, T. L., Ueb. Rippenfrakturen b. Geisteskranken. — Liverpool med. and surg. Rep. IV. p. 85. Oct.

Rutherford, W., Ueb. die relative Erregbarkeit verschiedener Theile des Stammes eines Spiralnerven. — J. of Anat. and Phys. 1871. V. p. 328.

Russell, Geistesstörung nach einer fieberhaften Krankheit, complicirt mit Hysterie, geheilt durch kalte Bäder. — Glasg. med. J. III. 4. p. 528. 1871.

Sandberg, Ueb. d. Pathol. u. Therapie der Geisteskrankheiten (Bericht aus d. Ganstad Asyl). — Norsk. May 3. R. I. 9. p. 465. 1871.

—, Gerichtl. med. Fälle (Gutachten üb. Zurechnungsfähigkeit). — Norsk. Mag. 3. Reihe I. 2. Ges. Verh. p. 5. 1871.

Sapolini, Fall von partieller Mikrocephalie. — Ann. univers. CCXIII. p. 369.

Savage, H., Epileptic mania checked by Chloral Hydrate. — Brit. med. J. 1871. No. 524.

Scheuer, V., Fall von Gehirnrheumatismus mit cephalalgischer Form. — J. de Brux. 1871. LIII. p. 97.

Seydewitz, P. v., Ueb. Anwendung d. Chloral b. Behandl. der Eklampsie. — Obsteh. Transact. XII. p. 117.

Steward, H. G., Ueber syphilitisches Irresein. — Brit. med. J. Oct. 15. p. 409. 1870.

3 Fälle von Verfolgungswahn.

Shaw, T. C., Ueher Zunahme der Geisteskrankheiten. — Lancet II. 27; Dec. 30. p. 931.

Shew, A. M. u. *E. C. Seguin*, Fall von Manie mit Sectionsbefund (Granularentartung d. Hirnventrikel, Cortikalsclerose d. Rückenmarks). — Amer. J. N. S. C. XXIII. p. 101. July.

Siredey, Gesichts- und Gehörshallucinationen bei einem Alkoholiker, behandelt mit Chloral; Genesung. — Bull. de Thér. LXXXI. p. 560.

Sibbold, J., Psychiatrische Klinik. — J. of ment. Sc. LXXVI. p. 528. 1871. u. Schmidt's Jhrb. 1871. S. 69.

De Smeth, J., Bericht üb. d. Geisteszustand einer d. Diebstahls Angeklagten. (Folie morale od. Monomanie raisonnante). — J. de Brux. LIII. p. 3. Juillet.

—, Fall von Hypochondrie u. Melancholie. — Presse méd. XXIII. 14.

—, Ueb. die pathogenet. Bedeutung der Geisteskrankh. in Bezug auf die Lungenaffectionen. — J. de Brux. LIII. p. 367. 393. Oct. Nov.

Smith, N. R., Effets toxiques de l'hydrate de chloral. — Boston med. and surg. J. et Med. Times, 23. Sept. 1871 u. Gaz. hebdom. 1871. No. 44. Lancet II, 14; 1871. Sept.

Verf. beobachtete in 4 Fällen eine eigenthümliche Affection der Finger, bezeichnet durch Desquamation der Epidermis, oberflächliche Ulceration,

grosses Schmerzgefühl, allgemeines Unbehagen und beschleunigten Puls. Ausserdem 2 Todesfälle, in dem einen nahm eine Person habituell 1/2 Dr. (c. 2 Grammen) und starb plötzlich nach 3 Drachmen; im anderen schlief der Kranke ein, ohne zu erwachen. Endlich nahm eine Frau wegen Schlaflosigkeit 1 1/2 Dr. (6 Gramm) durch Injection in's Rectum, verfiel alsbald in Coma und starb in 3 Stunden. Verf. meint: wenn man grosse Dosen giebt und besonders bei durch längere Anwendung herabgestimmter Lebenskraft tödtet es plötzlich. Bei anhaltender Gabe kleiner Dosen producirt es eine Art von Vergiftung, ähnlich dem Ergotismus.

Stewart, H. G., Fälle von Geistesstörung in Folge von Syphilis. — Brit. med. J. 1870. Oct. 15.

Sutherland, H., Forcible feeding of the insane. — Brit. med. J. 1872. No. 595. May 25.

Thomson, J. B., Ueb. geisteskranke Verbrecher in Schottland von 1846—70. — Edinb. med. J. XVII. p. 21. July.

Tigri, Ueb. Anomalien u. Erkrankungen des Gehirns u. der Adnexa dess. als nächste Urs. d. Geistesstörung. — Ann. univ. CCXVI. p. 523.

Tommasi, S., Ueb. Psychopathie. — Il Morgagni XIV. I. p. 51; 3. p. 246.

Travers, F. K., Fall von Hysterie beim Manne. — Phil. med. and surg. Rep. XXIV. 24. p. 514.

Vergely, Ueb. d. troph. Wirkung der Nervencentren auf das Muskelgewebe. — Presse méd. XXIV. 22. p. 174.

Voisin, A., Ueb. Geisteskrankh. und nervöse Affektionen. (Geistesstörung in frühem Lebensalter). — L'Union 1872. 25. 96.

—, Ueb. d. Identität einiger Ursachen des Selbstmordes, des Verbrechens u. der Geisteskrankheiten. — Bull. de l'Acad. 2. Sér. I. 14. p. 412.

—, Klinische Studien üb. Geistes- u. Nervenkrankheiten. Mitgetheilt von Coyne. — l'Union 86. 110. 131. 151. 1869; 30. 1870. u. Schmidt's Jhrb. 1871. I. S. 78.

—, Folie du jeune âge — l'Union u. Ann. et Bull. de la soc. de méd. de Gand 1872. Aout.

Vulpian, A., Ueb. d. Einfl. d. Läsionen an den Nervencentren im Embryonalzustande, auf d. Entstehung gewisser Deformitäten, nach Versuchen an Froschembryonen. — Arch. de Phys. IV. I. p. 90. Janv. et Févr.

Wagstaffe, W. W., Zur normalen u. pathol. Anatomie d. perivascularen Systems d. Gehirns. — St. Thomas' Hosp. Rep. II. p. 149.

Watson, J. A., Ueb. d. bei Anwendung d. Chloralhydrat nöthige Vorsicht. — Phil. med. and surg. Reporter XXVI. 4. p. 77. Jan.

Whitehead, R., Versuche üb. d. Wirkung des Bromkalium auf den Blutlauf im Gehirn. — Amer. J. N. S. CXX. p. 387. Oct. 1870 u. Schmidt's Jhrb. 1871. No. 3. S. 265.

Nach mittleren Gaben von Bromkalium erfolgt erst Verengerung, dann Erweiterung der kleinen Gefässe. Es wirkt nach der Grösse der Gabe verschieden und zwar entgegengesetzt. Man darf bei Gehirncongestionen

nur mässige Gaben geben, wenn man erstere statt sie zu heben nicht steigern will.

Wilks, *S.*, Ueb. allgem. Paralyse bei Geisteskranken. — Lancet II. 3. Juli 106. 1871.

—, Ueber psychische Kraft. — Lancet II. 19. Nov.

Williams, *S. W. D.*, Ueb. Verhütung d. Ueberfüllung der Irrenhäuser. — Lancet II. 7; Aug. 1871.

—, Ueber Rippenfracturen bei Geisteskrank. — Lancet II. 10. 1870 und Schmidt's Jhrb. 1871. No. 2. S. 207.

—, Ueb. d. Zunahme der Geisteskrankheiten. — Lancet II. 25. Dec. p. 867.

Winslow, *F.*, Ueber den Geisteszustand zweier Mörder. — Lancet 1872. I. 4. Jan.

Wright, *S. H.*, Geisteskrankheit durch constitutionelle Syphilis bedingt. — Edinb. med. J. XVII. p. 1095. June.

—, Case of Ovario-Mania. — Ed. Med. J. Spt. 245. 1871. u. Centralbl. 1871 No. 54.

Irrsein mit vielfachen Hallucinationen. Hereditäre Anlage. Geister sollten durch die Vagina die Eingeweide zerreissen, Pat. sollte von Unbekannten gemissbraucht werden, man stosse Instrumente in den Uterus. Section ergab Krebs des Netzes, der Ovarien und des Uterus.

—, Ueb. Dementia. — Edinb. med. J. XVII. p. 425.

Wood, *O.*, Some of the ill effects of Bromide of Potassium. — Brit. med. J. 1871. No. 563.

Nach einiger Zeit in mässiger aber steigender Dose (bis 1 Drachme) 3 Mal täglich gegeben trat ohne anderen Anlass mehrmals plötzliche Erschöpfung ein. Dagegen wirkte es beruhigend in Verbindung mit Tct. Cannab. Ind. und zwar ½ Dr. Tct. Cann. Ind. u. Brom. of Pot. allmählich in einer Woche bis 1 Dr. von jedem 3 Mal täglich steigend.

—, *H.*, Ueber den Einfluss der Gehirnthätigkeit auf die Ausscheidung der Phosphor-Säure durch die Nieren. — J. de Brux. LI. p. 478. Nov.

Yellowlees, *D.*, Ueb. d. mechan. Zwang bei Geisteskranken. — Lancet I. 1872. 20; May. p. 700. 25; June p. 880.

—, Notes on the treatment of insane patients in private practice. — Brit. med. J. 1871. No. 553. Aug. 5.

Zanardi, *M.*, Ausserordentl. günstige Wirkung des Chloralhydrat bei hysterischer Neuropathie. — Riv. clin. 1871. 2. Sér. I. 2. p. 55.

—, Geschlechtliche Erregungen bei Frauen im kritischen Alter — „vésanie génitale" — in 7 Fällen.

—, Ueb. die Reflexsensibilität. — Gaz. hebd. 2. Sér. VIII. 22. 23.

Irrengesetzgebung, Diskussion in d. Soc. de méd légale. — Ann. d'Hyg. 2. Sér. XXXIV. p. 374. Oct. 1870.

Zurechnungsfähigkeit, Diskussion in der med. Gesellsch. zu Christiania. — Norsk. May 3. R. I. 5. Ges. Verh. p. 65. 80. 89.

The legal and medical tests of insanity. — Brit. med. J. 1872. No. 578.
Ueber die Fragestellung im Falle der Christiana Edmunds.

Our lunacy systems. — Brit med. J. 1872. No. 575.
Man solle zahlreiche kleine Hospitäler für frische und akute Fälle errichten, anstatt der „Leviathan" Anstalten. Man würde dann statt 25—50 pCt. 50—70 pCt. heilen.

Our Lunacy Systemes No. 1. — Brit. med. J. 1871. No. 530. S. 199.
Klagen über den mangelhaften klinischen Unterricht.

Kleinere Mittheilungen.

Ueber Hunger und Durst in Beziehung zur Psyche. — Einer der Koryphäen unserer Wissenschaft hat zur Illustrirung des Non-restraint-Systemes die triviale Bemerkung gemacht, dass man durch ein Stückchen Zucker, Kuchen, einen Apfel u. dgl. zur Beruhigung unserer Kranken mehr beitragen könne, als durch Zwangsjacke und Isolirzimmer, — wenigstens war das ungefähr der Sinn seiner Worte. Wolle man es denn mir zu gute halten, wenn ich einen Beitrag zu diesem Kapitel zu liefern und daran einige Bemerkungen über Hunger und Durst in Beziehung zur Psyche zu knüpfen wage. Ich muss dieselben mit der kurzen Erzählung der Geschichte eines meiner Kranken einleiten.

B. M., Handlungsdiener, 33 a n., ist vor 10 Jahren als unheilbar in die Anstalt getreten, nachdem er während 1 Jahres, an Manie leidend, hier in Berlin in Behandlung gewesen. Nachdem der früher intelligente und gebildete Pat. alle Stufen des Blödsinns hinabgestiegen, auch kataleptisch und vollständig sprachlos geworden war, hat sich derselbe seit circa 3 Jahren in so fern wieder erholt, als er, leiblich gesund, fast immer heiter und singend umherläuft, mitunter treffende Antworten giebt und seine Kleider in erfindungsreichster Weise zu zerreissen versteht. Zwischen der heiteren Erregtheit treten jedoch auch Anfälle von höchster Wuth auf, während welcher das sonst blutleere Gesicht sich dunkelroth färbt, die Augen glänzend und rollend, der Mund schäumend und der kleine, wenn auch nicht schwache Kranke so dreist wird, gegen die herkulische Gestalt seines Wärters angriffsweise vorzugehen, mit Händen und Füssen auszuschlagen, mit den Zähnen zu beissen u. s. w. In solchen Anfällen erscheint Pat. intelligenter als gewöhnlich, erinnert sich mancher Vorfälle sogar aus der Zeit der Krankheit, erhebt wahre und unwahre Beschuldigungen in unfläthigen Reden und Antworten, weiss aber den Grund seiner ärgerlichen Stimmung auf Befragen nicht anzugeben.

Als ich den Pat. in einem solchen Anfalle eines Nachmittags sah und die etwas stark gesalzene Mittagssuppe die Vermuthung in mir aufsteigen liess, er könne in Folge von Durst in diesen Zustand gerathen sein, liess

ich ihm eine Kanne Wasser reichen, obschon der Wärter versicherte, er habe so eben seinen gewöhnlichen Nachmittagskaffe genommen. Der Kranke trank mit Begierde c. 1 Quart Wasser und blieb von diesem Augenblicke an ruhig, nachdem er 3 Stunden lang hinter einander mehr als je gewüthet hatte.

Selbstverständlich wurde das Experiment und zwar mit gleich günstigem Erfolge in späteren Anfällen wiederholt, während es bei anderen nicht immer oder gar nicht glückte, die letzteren sogar das dargereichte Getränk von der Hand wiesen. Ich muss hier die triviale Bemerkung einschieben, dass viele blödsinnige Kranke, auch wenn sie voraussetzlich Durst haben, nach dem bereitstehenden Trinkgefäss nicht von selbst zugreifen, sondern zum Trinken genöthigt sein wollen.

In dem mitgetheilten Falle war indess der Erfolg zu auffallend, als dass nicht nach dem Grunde der Erscheinung gesucht werden sollte. Scheinbar liegt die Erklärung sehr nahe. Man kann sagen: Der Mensch fühlt das Bedürfniss, den Wasserverlust seiner ausgetrockneten Gewebe zu ersetzen, das Bedürfniss wird nicht rechtzeitig befriedigt, er hat das Bewusstsein, in seiner hilflosen Lage unrechtmässig gekränkt zu werden, er wird ärgerlich, der Aerger steigert sich bei mangelnder Selbst-Controle bis zur Wuth, — und diese verlässt ihn, sobald dem Bedürfniss Genüge geschehen.

In vielen Fällen mag der Vorgang ein solcher, — wenigstens anfangs bewusster und halb willkürlicher, sein. In anderen Fällen ist er es, meiner Ansicht nach, nicht und ist es auch nicht bei solchen Individuen, welche unter Selbst-Controle stehen. Wer jemals in der Lage sich befand, in einer Wüstenei unter brennenden Sonnenstrahlen Tage, ja auch nur Stunden lang ohne einen Tropfen Wasser sich hinschleppen zu müssen, der wird sich Rechenschaft über die Gefühle und psychische Stimmung geben können, welche unter den Qualen des Durstes entstehen. Die ersten Symptome: das Eintrocknen der Mundflüssigkeit, das Brennen der Lippen, Ankleben des Gaumens, das Gefühl des Einschnürens im Schlunde, der Trockenheit der Nase und Augen, das Herausstrecken der Zunge um sich Kühlung zu verschaffen, sind allbekannt und rein localer Natur. Sogar die Sprache, die unsrige sowohl wie die römische mit ihren Töchtern, bezeichnet die Sache mit dahin zielenden Ausdrücken; das lateinische Languescere, stammverwandt mit Lingere lecken, verlegt den Vorgang auf die Zunge und ist wahrscheinlich dürstenden Thieren, Hunden, Pferden u. s. w. abgemerkt, während das Deutsche „Lechzen" und „Schmachten" auf die Lippen und Geschmacksorgane im Allgemeinen zu beziehen sind.

Das zweite Stadium des Verdürstens, wofür die Sprache uns keinen selbständigen Ausdruck leiht, entwickelt sich unter dem mehr oder minder rasch eintretenden Verlust des Bewusstseins über den Zustand, in welchem der Betroffene sich befindet; mit dürren Worten, — man verliert das Durstgefühl und vergisst das kurz zuvor noch so lebhafte Bedürfniss nach Getränk. Das ist der erste und wie mir scheint für die Praxis nicht un-

wichtige Punkt, auf welchen ich besonders die Aufmerksamkeit hinlenken wollte. Der zweite Punkt ist der, dass das erloschene Durstgefühl durch eine andere Empfindungsreihe ersetzt wird, da es nicht ganz richtig wäre zu sagen, dass es in diese transformirt werde. Diese neuen Empfindungen kennzeichnen sich als Ausdruck erhöhter Reizbarkeit in physischem und psychischem Sinne und werde ich später darauf zurückkommen.

Zur Erklärung des ersten Punktes, des Vergessens eines der mächtigsten leiblichen Bedürfnisse wie das Durstgefühl es ist, stehen mir handgreifliche Gründe nicht zu Dienst, wohl aber eine analoge Thatsache, welche bekannter als jene und als solche anerkannt ist, ich meine das Vergessen des Hungers, d. h. des Bedürfnisses nach Nährstoffen. Es ist eine alltägliche Beobachtung, dass man nach langanhaltender Nahrungsentziehung, — Ueberhungern wie der Volksausdruck lautet, — das Gefühl für das Bedürfniss verliert, d. h. physiologisch ausgedrückt, dass die überreizten Empfindungsnerven des Magens stumpf oder momentan unfähig geworden sind, das Hungergefühl von der Magenperipherie zum Gehirn zu leiten. Nun hat das oft vollzogene Experiment der Vagus-Durchschneidung zur Folge, dass das Sättigungsgefühl vollständig aufgehoben wird, so dass bekanntlich ein Pferd, an welchem die Operation vollzogen ist, so lange Futter zu sich nehmen kann, bis die gespannte Magenwand platzt. Es beweist das im Grunde nur, dass das Gefühl der Sättigung vom Vagus vermittelt wird, nicht aber das des Hungers. Setzen wir indess auf Grund des Umstandes, dass andere Nervenbahnen als die genannten, Sympathicusfasern ausgenommen, für die Leitung von Empfindungen vom Magen zum Gehirn nicht bekannt sind, voraus, dass auch das Hungergefühl derselben Bahn wie das der Sättigung folgt, ja, nehmen wir an, dass beide nur auf verschiedenen Spannungsverhältnissen der Bahn beruhen, so ziehen wir den bekannten Schluss, dass das Hungergefühl auf der Peripherie der Magenschleimhaut localisirt, längs der Vagusbahn fortlaufend, etwa vom Vaguskern aus zum Bewusstsein kommt.

Wo aber finden wir für das Durstgefühl ähnliche Haltepunkte? Hat es auf der Pharyngeal-Schleimhaut seinen Ausgangspunkt? Concentrirt es sich etwa zunächst auf dem Boden der 4. Hirnhöhle, in der Gegend des Zuckerschnittes? Die Physiologie hat, meines Wissens, darüber noch keinen Aufschluss erlangt oder gegeben. Und wenn es der Fall wäre, wenn wir die Ausgangspunkte von Hunger und Durst auf der Peripherie und die Eingänge derselben in das Centralgebiet fest und sicher bestimmen könnten, so würden wir allenfalls sagen dürfen, an den und den Theilen der Peripherie hat die übermässige Entziehung der Nahrungssäfte die Leitung der Empfindungsnerven für Hunger und Durst chokartig unterbrochen, — das Vergessen des Bedürfnisses sei damit motivirt, dass das letztere gar keinen Zugang in die Sphäre des Centralgebietes erlange, — wenn man es nicht umgekehrt vorzieht, das Erlöschen des Bewusstseins für diese einzelnen

Empfindungen geradezu von der Inanition der Grosshirn-Hemisphären abzuleiten.

Will man sich dabei beruhigen, so ist doch die Erklärung für die weiteren Vorgänge, welche ich vorhin als zweites Stadium des Verdürstens bezeichnete, damit nicht erreicht.

Jene Symptome physischer und psychischer Erregtheit bestehen in grösserer Spannkraft der Muskeln, festerer Körperhaltung, rascherer, fast convulsivischer Bewegung, beschleunigter Respiration und Circulation; die Sinne erscheinen geschärft, die Gemüthsstimmung reizbar, die Vorstellungen beweglich, farben- und bilderreich, die Erwägungen rasch. Man handelt in diesem Zustande leidenschaftlich schnell und spricht möglichst wenig: die wenigen Worte aber sind scharf und bestimmt und nicht selten verletzend. Sie erkennen in diesem mageren Bilde die nervöse Exaltation, die behanntlich bei Wüstenreisenden, in der Umgebung von Luftspiegelungen, bis zu Wahngesichten sich steigert.

Dem gegenüber sehen Sie bei Hungernden das Bild der Depression, Schlaffheit der Muskeln, Ermatten der Sinnesorgane, Erlöschen der Phantasie und der Willenskraft, Unschlüssigkeit und Unlust zum Denken und Handeln. Hier der Anfang zu Melancholie, dort zu Mania transitoria.

Beiderlei Zustände haben offenbar ihren Sitz in den Centraltheilen selbst, im Gehirn. Wie aber begreift es sich, dass nach Unterbrechung der Nervenleitung für Hunger- und Durstgefühl jene cerebralen Symptome von so verschiedener, ja entgegengesetzter Art eintreten? — Vermuthlich wird die Sache mit dem viel verwendbaren Worte „Reflexerscheinung" abgethan, möglich auch dass die Erschöpfung der Arterienwandungen Hyperämie und damit Reizungs-Erscheinungen in den Ganglienzellen auslöst. Jedenfalls haben wir es mit transitorischen, mit Uebergangs-Zuständen aus dem physiologischen in den pathologischen, deren Beseitigung dem Empiriker durch einen Trunk Wassers, eines tüchtigen Bissens Brod, vielleicht auch eines Apfels oder Stückchen Kuchen gelingt.

Dr. *Fraenkel.*

Richard Wagner und Dr. Puschmann. — Bei Vielen, insbesondere bei Rechtsgelehrten herrscht gegen die Aerzte, welche sich vorzugsweise mit der Beobachtung von Geistesgestörten beschäftigen, das Vorurtheil, dass sie in Folge dieser Beschäftigung allzu geneigt seien, moralische Schwächen und Charakter-Fehler für Symptome psychischer Erkrankung anzusehen und aus jenen hervorgehende Handlungen der Verantwortlichkeit vor den Gesetzen zu entziehen. Die uns vorliegende Schrift (Richard Wagner: Eine psychiatrische Studie. Von Dr. *Th. Puschmann*, pract. Arzt und Specialisten der Psychiatrie in München. Berlin. B. Behrs Buchhandlung 1873) dürfte leicht als ein Zeugniss für die Richtigkeit dieser Meinung aufgenommen werden. Der Verf. wählt zum Gegenstand einer psycho-pa-

thologischen Untersuchung die Persönlichkeit eines höchst begabten und gefeierten Meisters unter den lebenden Tonkünstlern, der, wie es auch schon anderen ergangen ist, die auf diesem oder jenem Gebiete eine neue Bahn betraten, auf viele Gegner gestossen ist und eben so viele durch die schroffe Weise seines Auftretens und seiner Vertheidigung auf sich gezogen hat. Zwar verwirft der Verf. von vorn herein den Ausspruch eines französischen Arztes: das Genie sei ebenso, wie der Wahnsinn, eine übermässige und krankhafte Steigerung der Geistesthätigkeit" als unrichtig, indem er den wesentlichen Unterschied, welchen das Gehirn von dem Bereiche der geistigen Erkrankung ausschliesse, darin findet, dass ein krankes Gehirn unfähig sei, wahrhaft Grosses zu schaffen, wie das Gehirn es vermöge, indem ein krankes Organ zu normaler Thätigkeit unfähig sei. Zwar erkennt er die Tonschöpfungen des von ihm in's Auge gefassten Künstlers bis zu einem gewissen Zeitpunkte seines Schaffens als Erzeugnisse des Gehirns an. Nach richtiger Schlussfolgerung könnte also hier von geistiger Erkrankung keine Rede sein. Allein von jenem Zeitpunkte an scheinen dem Verf. nicht nur die Erzeugnisse des berühmten Meisters des genialen Gepräges zu entbehren, — (viele Sachverständige stimmen ihm hierin nicht bei, — ja, die Meisten erklären sogar die vom Verf. schon verworfenen „Meistersinger" für eines seiner gelungesten Werke). Zugleich findet der Verf. die schon früher vorhanden gewesenen moralischen und Charakter-Eigenthümlichkeiten des Künstlers, — (sie sind, wie uns scheint, wahrheitsgetreu geschildert und mit hinreichenden Zeugnissen belegt, —) zu solcher Uebermacht entwickelt, dass ihm diese beiden Reihen von Erscheinungen die deutlichsten Symptome der zweifellosen psychischen Erkrankung darzustellen scheinen. Und zwar findet er den Symptomen nach diese Geistesstörung zu gleicher Zeit zu drei Formen entwickelt: zum Grössen-Wahnsinn, zum Verfolgungswahn und zum moralischen Wahnsinn (Moral insanity). Das ist zu viel auf einmal. Die medizinische Beobachtung widerspricht durchaus dem hier behaupteten gleichzeitigen Auftreten dreier so disparater Formen der Psychose in dem nämlichen Individuum. Und trotz dieser vermeintlichen dreifachen Schädigung der Seelen-Verrichtungen sahen wir gleichwohl diesen Meister der Tonkunst noch neuerlich Werke schaffen, in welchen neben den leidenschaftlichen Enthusiasten selbst ruhige Beurtheiler und Sachkenner nicht „die Ruhe, das richtige Abwägen und die ebenmässige Harmonie" vermissen, welche der Verf. (S. 1 seiner Schrift), zur Erzeugung eines genialen Kunstwerks erforderlich hält und deren die Thätigkeit eines kranken Organs nicht fähig ist — Die Lösung dieses Widerspruchs glauben wir darin zu finden, dass sich der Verf. im Ausdruck vergriffen, dass er Diagnose und Prognose verwechselt hat, — obgleich er laut einer Anmerkung zu S. 1 seiner Schrift die Diagnose ausdrücklich ausschliessen will. Er wollte wohl sagen, dass eine solche psychische Individualität in hohem Grade gefährdet sei, der Geistesstörung in einer der bezeichneten Formen zu verfallen und dass sie bereits Erscheinungen kund

gebe, welche auf diese Gefahr ernstlich hinweisen. Zu dieser Lösung des Widerspruchs berechtigt uns der Verf. selbst, indem er an mehr als einer Stelle seiner Schrift den Wunsch und die Hoffnung ausspricht, es möge sein Warnungsruf dem so gefährdeten ausgezeichneten Künstler zum Heile gereichen und für ihn zu einem Beweggrunde werden, die excentrischen Verirrungen seiner psychischen Individualität zu mässigen. Diese Hoffnung kann nur in der Ueberzeugung beruhen, dass die Organe der Seele noch nicht in dem Grade erkrankt seien um einer anomalen Thätigkeit sich fähig zu zeigen, — nicht in dem Grade, welche der vorhandene Wahnsinn als Bedingung voraussetzt. Freilich gestehen wir, dass der Verf. es uns recht schwer macht, die Richtigkeit dieser unserer Lösung aufrecht zu erhalten. Theils dadurch: dass er wiederholentlich (S. 59, 61 und 66) ausdrücklich die „Geisteskrankheit“, die „Seelenstörung“ für schon „vorhanden“ erklärt. Theils dadurch: dass das Feindselige und Verletzende seiner Sprache, welche in dieser Hinsicht oft mit derjenigen, welcher wir in den Wagner'schen „Schriften begegnen, zu wetteifern scheint, einen scharfen Contrast mit der wohlwollenden Theilnahme“ bildet, deren Verf. sich am Schlusse seiner Schrift rühmt. Aber bei der Wahl: den Eiferer eines Missgriffs im Ausdrucke, oder den „Specialisten in der Psychiatrie“ eines wissenschaftlichen Fehlers zu beschuldigen, ziehen wir gern das Erstere vor.

Die vorliegende Schrift giebt noch zu einer anderen praktisch nicht unwichtigen Erwägung Anlass. Ist es berechtigt, gleichsam aus Liebhaberei die geistige Gesundheit oder Krankheit irgend eines Zeitgenossen, insbesondere eines Privatmannes, auf dem offenen Markte der Literatur zum Gegenstand einer Untersuchung zu machen? — An sich ist freilich jede Krankheit nicht eine Schande, sondern ein Unglück. Es giebt aber Krankheitszustände, welche dem damit Behafteten einen gewissen Makel aufdrücken: die einen wegen ihrer Ursachen, weil diese auf eine Selbstverschuldung hinweisen, — die anderen wegen ihrer Wirkungen, welche das Vertrauen der Mitlebenden beeinträchtigen und die Stellung des Leidenden in der Gesellschaft gefährden. Zu den letzteren gehören die Geistesstörungen. Nun kann es zwar Jedem begegnen, und es kommt fast täglich vor, dass in Folge einer Verwechselung von Irrthum und Wahnsinn Jemand als „närrisch, verrückt“ oder dergl. bezeichnet wird, ohne dass er selbst oder andere sich daran kehren, ohne dass man seine Befähigung zu rechtsgültigen bürgerlichen Handlungen oder seine Verantwortlichkeit vor dem Gesetze beanstandet. Hat sich doch ein Arzt vorlängst, der berühmte Paracelsus, als er sein berüchtigtes: „Ihr mir nach, ich nicht Euch nach!“ erschallen liess, — hat sich doch so mancher andere ausgezeichnete Mann, ja kürzlich selbst ein ganzes Volk, das letztere sogar aus dem Munde eines ihm angehörigen Sachverständigen ein solches Urtheil über seinen geistigen Gesundheitszustand gefallen lassen müssen und nur mitleidig darüber die Achseln gezuckt. Aber es ist doch noch etwas anderes, eine solche Meinung in der Hitze des Gefechts oder zum Zeichen der Missachtung des

Gegners auszusprechen, — und ungedrängt, unaufgefordert, Angesichts der Sachverständigen und des Publikums diese Meinung mit scheinbar wissenschaftlichen, noch dazu mit sehr unzureichenden Gründen bekräftigen zu wollen. Wir unsererseits glauben, dass man dabei Gefahr läuft, eines Missbrauchs der Wissenschaft beschuldigt zu werden und es scheint nicht empfehlenswerth, dass wir dem Dilettantismus solcher psychopathologischen Kritik gestatten, sich bei uns einzubürgern. — *Fl.*

Vorkehrungen in Betreff geisteskranker Delinquenten in Italien. — Die öffentliche Fürsorge für geisteskrank gewordene Verbrecher lässt in Italien nach der neuesten Schrift des Dr. *Biffi* (Provvedimenti che occorrebiero in Italia pai deliquenti divenuti pazzi. Von Dr. *Seraf. Biffi*, Dir. of Manicom. S. Celso in Mailand. Mailand, 1872. pp. 37) noch viel zu wünschen. Nachdem bereits *Parchappe* die bekannten mannigfachen Inconvenienzen dargelegt hat, welche bei der Vereinigung solcher Kranken mit denjenigen in öffentlichen Asylen sich ergeben, haben auch in Italien *Castiglioni*, *Gianelli* und Prof. *Lombroso* die Herstellung einer besonderen Irrenanstalt für Verbrecher beantragt und bei der General-Direction der Gefängnisse Gehör gefunden; dennoch werden hier noch immer die irren Verbrecher entweder in den Kerkern zurückbehalten oder in den gewöhnlichen Irrenhäusern untergebracht, während man in Nordamerika und in jedem der drei Königreiche Grossbrittaniens mit der Einrichtung besonderer Verbrecher-Irren-Anstalten, meist zwar im Anschluss an Asyle für nicht-verbrecherische Irre, aber in angemessener Absonderung von diesen vorgeschritten ist. Unter den für solchen Zweck in Grossbrittanien eingerichteten Anstalten, Dundrum, Perth und Broadmoor, zeigt die zuletzt genannte die grössten Zahlen-Verhältnisse; es nahm in 6 Jahren (609 Männer und 161 Frauen =) 770 Kranke auf und barg Ende 1868 (456 M. und 86 F. =) 456 (verbrecherische? Red.) Irre. — Freilich stösst jene Absonderung auf nicht geringe Schwierigkeiten, indem die Verhältnisse eines gewöhnlichen Asyles nicht für irre Verbrecher geeignet sind. Dies beruht in dem besonderen Charakter der letzteren. Die vom Verf. wörtlich angeführten Berichte der Aerzte an solchen Special-Anstalten bezeugen, dass sich die Bösartigkeit, Leidenschaftlichkeit, die übeln Neigungen und schlechten Triebe, welche dem geistesgesunden Verbrecher innewohnen, auch in seinen geisteskranken Zuständen behaupten und kenntlich machen; dass Gewaltthätigkeiten, Zerstörungssucht, Flucht-Versuche, die bei gewöhnlichen Irren gleichsam nur sporadisch und meist nur vorübergehend auftreten, — selbst Conspirationen, die bei diesen höchst selten vorkommen, bei den irren Verbrechern die gewöhnlichen Erscheinungen sind. So stiegen in Broadmoore die Ausgaben für zerstörte Kleider und Geräthe in einem Jahre auf 512 Pfd. St. Während in gewöhnlichen Asylen die Klasse der raisonnirenden Irren mit gefährlichen Neigungen, welche in ihren lichten Intervallen bemüht sind Un-

zufriedenheit und Zwietracht zu erwecken, von geringem Umfange ist, ist sie laut jener Berichte unter den irren Verbrechern die zahlreichste. Daraus folgt, dass letztere einer besonderen Vorsicht, Aufsicht und Ueberwachung bedürfen, — während zugleich als eine Forderung der Gerechtigkeit betont zu werden pflegt, dass der Verbrecher auch in geisteskrankem Zustande der Busse für seine früher begangenen Unthaten nicht völlig enthoben werden soll. — Auch scheint das Zahlen-Verhältniss der Geisteskranken unter den Verbrechern, welches sich in Perth (Schottland) auf 1 : 140 Sträflinge stellte, während es sich in Grossbrittanien nach Dr. *Thomson* auf 1 : 411 Seelen berechnet, Zeugniss zu geben für eine nahe Verwandtschaft zwischen Verbrechen und Wahnsinn und erklärt die angegebenen Thatsachen.

Mit diesen Ergebnissen, welche hauptsächlich den Erfahrungen in der Anstalt zu Perth entnommen sind, stimmen nach des Verf.s Versicherung glücklicher Weise diejenigen nicht überein, welche in Betreff der irren Verbrecher in Italien erhoben würden. Die Statistik der italienischen Gefängnisse aus den J. 1868—70 weist nach, dass hier im Allgemeinen die Sitten-Verschlechterung nicht so beträchtlich ist, wie in den englischen. Unter den in jenem Triennium zu den Bagni penali Verurtheilten 46,436 konnten 80—85 pCt. einer guten Aufführung während der Strafzeit belobt werden; eine grosse Zahl hatte während derselben Lesen, Schreiben und Rechnen gelernt und sich durch Arbeit etwas Geld erworben. Desgleichen erhielten von den in den übrigen Strafhäusern Detinirten 40,934: 48 pCt. das Zeugniss einer guten Aufführung, 37 pCt. das einer mittelmässigen und kaum der ganze Rest den Tadel einer schlechten. Anlangend das Verhältniss der Irren unter den Verbrechern, so fehlt es in Italien noch an ähnlichen, umfänglichen und dadurch belehrenden statistischen Erfahrungen, wie England, Belgien und Frankreich sie aufzuweisen haben. Die Gefängniss-Statistik des Königreichs wies in den Kerkern 51 Irre (14 Maniaci und 37 Monomaniaci) nach, — (abgesehen von den ausserhalb der Gefängnisse untergebrachten? Red.) was eine Verhältnisszahl von ungefähr 3, 5 per Mille der Gesammtzahl der Verbrecher ergiebt, und nach *Cardon*'s Statistik der Bagni penali von 1860—70 war hier das Verhältniss 0,93 p. M. Nach diesen Zahlen steht anzunehmen, dass in Italien die Zahl der Irren unter den detinirten Verbrechern erheblich geringer, als in Schottland ist.

Als vorbereitende Maassregel zur Verbesserung der Fürsorge für die irren Verbrecher in Italien fordert nun der Verf. genaue statistische Erhebungen bezüglich der Zahl und Beschaffenheit dieser Individuen nach Form und Dauer der Krankheit, Complication, Heilbarkeit, Gefährlichkeit u. s. w., die bereits in Angriff genommen sind. Erst wenn dies erreicht ist, sei auf die Mittel für den Hauptzweck zu denken, rücksichtlich deren Verf. folgende Bemerkungen an die Hand giebt. Zur Verhütung allzu grosser Anhäufung an dem nämlichen Orte und zur Vermeidung kostspieliger und gefährlicher Reisen, oft mit simulirenden Irren, wünscht er zahlreiche kleine, mit den Erfordernissen für den Heilzweck ausgestattete Asyle: In-

culpaten, deren Irrsinn sich schon während der Untersuchungshaft herausstellte und welche das Verbrechen bereits im irrsinnigen Zustande begangen hatten, sollen allemal in einem gewöhnlichen Asyl untergebracht, hier jedoch als gefährliche Irre unter besondere Aufsicht gestellt werden. Dagegen sollen alle, die zweifellos nach begangenem Verbrechen irre geworden, in die criminalen Asyle verwiesen werden. In Erwägung der vielfach ungünstigen Stellung der Alienisten: einerseits vor Staats-Anwalten, welche selbst nach erwiesener Geistesstörung zur Zeit der gesetzwidrigen Handlung den Kranken, zur Sicherstellung des Gemeinwesens, der Kerkerhaft überweisen wollen; andererseits gegenüber dem Misstrauen der Laien, welche den Geisteszustand eines Menschen für einen solchen halten, den der gewöhnliche Menschenverstand ohne Hülfe ärztlicher Kenntnisse beurtheilen könne, und welche den Alienisten in Verdacht haben, allzu bereitwillig Geistesstörung zu diagnosticiren; endlich in Mitten zwischen diesem Misstrauen und dem Eifer von Rechtsbeiständen, welche mit allem Scharfsinn den Inculpaten als geisteskrank der Strafe zu entziehen trachten; verlangt der Verf. folgende Maassregeln: In allen zweifelhaften Fällen sind die Inculpaten einer Jury von Alienisten zu unterziehen. In den Strafgefängnissen der am meisten bevölkerten Mittelpunkte des Königreiches sollen Beobachtungs-Abtheilungen eingerichtet und in denselben die des Irrsinns verdächtigen Inculpaten dem Gefängniss-Arzte zur Beobachtung überwiesen, auch in wichtigen Fällen dem Letzteren ein Alienist beigeordnet werden. Mit dieser letzten Einrichtung ist man bereits in Turin, Mailand und Lucca unter Benutzung vorhandener Oertlichkeiten vorangegangen; die Unvollkommenheiten, die sich dabei ergeben haben, würden, wie Verf. meint, bei Herstellung neuer Strafhäuser ohne Schwierigkeit und mit mässigen Kosten zu vermeiden und leicht die von *Parchappe* bezeichneten Erfordernisse, einige Isolir-Zellen, ein Schlafzimmer für 3—4 Individuen, Badekabinet mit Einrichtung für Douche, zwei Räume für Speisung und Tagesaufenthalt und ein Hof nebst Halle, zu gewinnen sein. Aus diesen Beobachtungs-Stationen hofft Verf. eine nicht geringe Anzahl von kürzlich Erkrankten oder solchen, die sich bei der Aufnahme im Exaltations-Stadium befanden, beruhigt und genesen hervorgehen zu sehen. Neben denselben wünscht er aber zunächst ein grösseres Criminal-Asyl in der Mitte des Königreichs, welches die nach *Cardon*'s Statistik von den Jahren 1868 bis 70 in den Bagni penali und den Strafhäusern gezählten 146 irren Verbrecher aufnehmen und das mit allen bekannten Erfordernissen eines guten Asyls, nur modificirt mit Rücksicht auf die Eigenartigkeit der hier zu verwahrenden Kranken ausgestattet, übrigens nicht in der Nähe einer grossen Stadt belegen sein soll. Unter jenen 146 Kranken befanden sich damals etwa 24 an Manie, 10 an moralischem oder räsonnirendem Wahnsinn, 28 an Blödsinn oder Verrücktheit Leidende; die übrigen boten sonstige mannigfache Formen der Psychose dar. Doch will Verf. diese Anstalt aus nahe liegenden Gründen ausschliesslich für männliche Verbrecher

bestimmt sehen, so dass er sie nur auf etwa 100 Kranke berechnet. Nach Maassgabe des Bedürfnisses sollen später zwei ähnliche in Nord- und Süd-Italien errichtet werden, — theils um zu grosse Anhäufung zu vermeiden, theils um auch diesen Kranken die humane Rücksicht zu Theil werden zu lassen, dass sie in die Nähe ihrer Familien versetzt werden können. (Natürlich werden, sofern den Forderungen der Humanität und der Wissenschaft vollständig genügt werden soll, ähnliche Anstalten für weibliche irre Verbrecher folgen müssen. Red.). Verf. schliesst seine Schrift mit den Worten: „dass die von ihm schon verschiedentlich vorgeschlagenen Reformen des italienischen Irrenwesens und die Gründung einer Irren-Anstalt für irre Delinquenten nach den Anforderungen der Psychiatrie und nach Anleitung der Erfahrung ein neuer Titel wahren Fortschritts sei."

Dr. *Ullersperger.*

Nervenstörungen in und nach Variola. — In der grossen Blattern-Epidemie zu Dresden von 1870—71 fand Dr. *Fiedler*: schwere Hirnerscheinungen bei Frauen ungleich seltener als bei Männern, als Ursache hier excessiven Alkoholgenuss. Charakteristisch für die Delirien sei der Zerstörungstrieb, die Neigung zum Entweichen und Herumirren, wesentlich unterschieden von dem meist gemüthlichen Delirium potatorum. Sehr häufig war die Anwendung der Zwangsjacke und anderer Zwangsmaassregeln nöthig. — In 4 Fällen dauerte die Exaltation wochenlang fort und 3mal schloss sich eine wirkliche psychische Störung — Melancholie mit fixen Ideen — an, welche $1^1/_2$, 6 und 12 Monate dauerte; — alle 3, — ein Mann und 2 Frauen genasen vollständig. Das Exanthem war sehr sparsam und die Fälle überhaupt nicht schwer.

In 3 Fällen beobachtete *Fiedler* Aphasie, oder vielmehr Dysphasie, wahrscheinlich auf Lähmung des N. hypoglossus beruhend, bei freiem Sensorium. Dauer bei dem einen 6 Monate, bei dem anderen 2 Jahre, bei dem dritten unbekannt; jedoch nach 6 Wochen noch vollständige Zungenlähmung.

Sehr häufig Anästhesie einzelner Hautprovinzen und Lähmung einzelner Muskelgruppen, bes. an den unteren Extremitäten; in einem Falle im Desiccationsstadium vollständige Paraplegie der oberen Körperhälfte, Lähmung des Mastdarmes und der Blase, nach 2 Tagen auch der oberen Extremitäten; Tod 9 Tage darauf an Vagusparalyse bei freiem Sensorium. Diagnose: Bluterguss in das Cavum spinae, — durch die Section nicht bestätigt, da die Centralorgane irgend welche anatomische Veränderungen, welche die Lähmungserscheinungen erklärten, nicht darboten. Die Section war durch den Prosector Dr. *Hirschfeld* vorgenommen. 2 Fälle wurden mit Neuralgia supraorbit. nach überstandenen Blattern ungeheilt entlassen. Zu der Form der Delirien bemerkt Prof. *Richter*, dass dieselben sehr deutlich, plastisch, denen bei Delir. potat. ähnlich seien;

fixe Ideen kehren häufig wieder, auffällig sei die Bilderjagd; sie seien klarer, als bei Typhus und acuter Tuberculose. Dr. *Güntz* hebt hervor, dass er bei seiner eigenen Erkrankung die Delirien durch Willenskraft zurückdrängen und während des heftigen Eruptionsfiebers noch schriftliche Arbeiten verrichten gekonnt habe, dann aber fixe Ideen um so heftiger hervorgeschossen seien.

In einem kürzlich mir vorgekommenen Falle bei einem 23jährigen Mädchen — gingen die Delirien über das Suppurationsstadium hinaus unmittelbar in Manie, die 8 Wochen anhielt, und durch eine 8tägige Thränen-Krise in vollkommene Genesung über. Nach 8 Monaten recidirte die Manie, unter Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen und die Genesung erfolgte nach 6 Monaten diesmal allmählich unter Erscheinung von Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohre und gedrückter Gemüthsstimmung.

(Jhrb. d. Ges. f. Nat. u. Heilk. in Dresden. 1871—72). *Fr.*

Nachkrankheiten der Pocken. — Als solche zeigten sich im Pocken-Lazareth 3 Mal Sprachstörungen, die in dem einen Falle nur allmählich zur Genesung kamen. Acute allgemeine Paralyse entstand bei einem Schlossergesellen, als er schon entlassen werden sollte. Die Section ergab eine Erklärung nicht. Bei einem Eisendreher mit Variolae discretae zeigte sich sofort Schwächegefühl mit Incont. vesic. urin. et alvi; die Krankheit wurde von *Westphal* als Myelitis subacuta disseminata bezeichnet, weil im Rückenmark sich Erkrankungsherde vereinzelt nachweisen liessen. Bei 3 Geisteskranken blieben die Pocken ohne Einfluss. Bei einem Schneider mit vorübergehender Verdunkelung der Psyche Selbstmordversuche. Die Delirien schienen in Folge des Eiterungsfiebers stärker zu sein, als während des Fiebers in den früheren Tagen und die Delirien hatten Verfolgungswahn zum Inhalt. Bei Potatoren verlief das Del. trem. ungünstig. Für Epileptische war die Erkrankung lebensgefährlich. (Dr. *Guttstadt*, Das Baracken-Lazareth als städtische Pocken-Heilanstalt in „Deutsche Klinik“ 1872. 32).

In Rom — ist ein neuer Lehrstuhl für Irrenheilkunde gegründet und Dr. *G. Girolami*, Director der Irrenanstalt zu Rom, zum Professor ernannt worden.

Zum Gewerbe-Gesetze. — Die Bestimmungen des § 2 der den Vorstehern von Privat-Irren-Anstalten ertheilten Instructionen vom 9. Februar 1870 werden dahin abgeändert, dass den Gesuchen um Ertheilung der polizeilichen Genehmigung zur Aufnahme Geisteskranker ein eingehendes Attest eines Physikus und eines 2. Arztes — womöglich des Arztes, wel-

cher den Kranken bisher behandelt hat, — über den Zustand des Kranken beigefügt werden muss.

Königl. Polizei-Präsidium.
von Madai.

Berlin, den 1. Nov. 1872.

Berichtigung *).

In dem Berichte über die Versammlung schweizerischer Irrenärzte in Zürich (cf. Bd. XXIX. S. 579), dessen Fassung eine irrthümliche Deutung zulässt, möge auf Ersuchen des damaligen Präsidenten der Zuricher Versammlung, des Herrn Prof. Dr. *Gudden* in München, als Ergänzung dienen, dass Herr Dr. *Zinn* wegen seiner Verdienste um die Entwickelung des schweizerischen Irrenwesens und um den Verein zum Ehrenmitgliede ernannt worden ist.

St. Pirminsberg im Decbr. 1872. Dr. *Henne*,
d. Z. Aktuar d. Ver.

---

*) Bei dieser Gelegenheit fügt auch die Red. d. Ztschr. als Berichtigung hinzu, dass sie sich seiner Zeit bereit erklärte, die Verhandlungen des Vereines in ihr Blatt aufzunehmen, aber doch nur dann, wenn nicht, wie damals beabsichtigt war, sie gleichzeitig mehreren deutschen Fachjournalen zur Veröffentlichung übergeben würden, da deren Leserkreis derselbe sei.

Red.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Huguenin*, fr. 2. Arzt der Irrenanstalt zu Zürich ist zum Director derselben und zum Professor der Psychiatrie ernannt.

Dr. *Robert Walter*, Ass.-Arzt an der Irrenanstalt zu Eichberg ist als Irrenarzt am Kantonsspital Münsterlingen mit 3800 Fr. Gehalt, freier Wohnung, Licht und Heizung berufen.

Dr. *Köstl*, Prof. u. fr. Director der Irrenanstalt zu Prag ist als Nachfolger von Dr. *Czermak* zum Director der Irrenanstalt in Prag ernannt worden.

Dr. *A. Reumont*, Sanitätsrath zu Aachen, hat den Charakter als Geheimen Sanitätsrath erhalten.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Redaction:

Dr. Flemming, Geh. Med.-Rath, gew. Dir. d. Irrenheilanstalt Sachsenberg, in Schwerin (Meklenburg).
Dr. Roller, Geheimer Rath, Dir. der Heil- und Pflegeanstalt Illenau bei Achern (Baden).
Dr. H. Laehr, Geh. Sanit.-Rath und Dir. d. Asyls Schweizerhof bei Berlin.

Herausgeber und Mitarbeiter.

Herr Dr. Amelung, Arzt d. Irrenpflege-Anstalt Hayna (Prov. Hessen).
- - Arndt, Doc. d. Psych. an der Univ. Greifswald.
- - Basting, pr. Arzt zu Lorch, fr. Arzt an d. Irrenanstalt Eichberg (Nassau).
- - Beschorner, Geh.-Rath u. Dir. d. Irrenanstalt zu Owinsk (Posen).
- - Besser, Dir. d. Privat.-Irrenanstalt zu Pützchen bei Bonn.
- - Binswanger, Dir. des Asyls Villa Bellevue in Kreuzlingen am Bodensee.
- - Boettger, Director des Asyls Carlsfeld (Stat. Brehna).
- - Brosius, Director d. Priv.-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.
- - Brückner, Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Schwetz (Westpr.).
- - Cramer, Dir. d. Irrenanstalt zu Rosegg (Schweiz),
- - Delbrück, San.-Rath, Physikus und Arzt an der Strafanstalt zu Halle.
- - Dick, Dir. der Irrenanstalt zu Klingenmünster (Rheinpfalz).
- - Domrich, Hof- und Ober-Med.-Rath zu Meiningen.
- - Ellinger, Dir. d. Priv.-Anstalt zu Wyl (St. Gallen).
- - H. Engelken, Dir. d. Priv.-Anst. zu Rockwinkel bei Bremen.
- - Erhardt, Prof. d. gerichtl. Medicin zu Kiew (Russland).
- - Eschenburg, dir. Arzt an d. Irrenanstalt zu Lübeck.
- - Everts, Dir. d. Irrenanstalt zu Meerenberg b. Haarlem.
- - Feith, pract. Arzt in Cöln.
- - Finkelnburg, Physikus, Docent u. Arzt in Godesberg bei Bonn.

Herr Dir. Fischel, Director der Irrenanstalt zu Prag.
- - Fischer, Geh. Hofrath u. Dir. d. Irrenanst. z Pforzheim (Baden).
- - Focke, pract. Arzt in Coblenz.
- - Fränkel, Dir. der Irrenanstalt zu Dessau.
- - Frese, Prof. a. d. Univ. u. Dir. d. Irrenanstalt zu Kasan.
- - Gehewe, Staatsrath u. Dir. d. Irrenanst. Alexanderhöhe bei Riga.
- - v. Gellhorn, 2. Arzt der Irrenanstalt zu Halle.
- - van Geuns, Prof. d. Path. u ger. Medicin zu Amsterdam.
- - Güntz, Geh. Med.-Rath, auf Güntzburg bei Meissen.
- - Th. Güntz, Dir. d. Priv.-Irrenanstalt Thonberg b. Leipzig.
- - A. Gutsch, Med.-Rath u. dir. Arzt d. Strafanstalt zu Bruchsal.
- - Hagen, Prof. an d. Univ. u. Dir. d. Irrenanstalt zu Erlangen.
- - Hasbach, San.-Rath u. Kr.-Physikus zu Geldern.
- - Hasse, Dir. d. Irrenanstalt zu Königslutter (Braunschweig).
- - Hecker, 2 Arzt der Priv.-Heilanstalt zu Görlitz.
- - Henningsen, 2. Arzt an d. Irrenanstalt zu Schleswig.
- - Hergt, Geh. Hofrath, 2. Arzt der Irrenanst. Illenau (Baden).
- - Hertz, Dir. der Priv.-Anstalt zu Bonn.
- - Hoffmann, (H.), Dir. d. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
- - Holst jun., in Christiania.
- - Huppert, 2. Arzt d. Irrenanst. zu Colditz (Sachsen).
- - Ideler, ärztl. Director der Irrenpflegeanstalt zu Berlin.
- - Jensen, 2. Arzt der Ost.-Preuss. Prov.-Anstalt zu Allenberg.
- - Jessen, Prof. an d. Univ. u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. Hornheim (Kiel).
- - W. Jessen, an der Priv.-Irrenanst. Hornheim bei Kiel.
- - Jung, 2. Arzt an d. Irrenanst. zu Leubus (Schlesien).
- - Kahlbaum, Dir. d. Priv.-Heilanst. zu Görlitz.
- - Karuth, Physikus, San.-Rath und Dir. der Irrenanst. zu Sorau (Lausitz).
- - Keller, San.-Rath und Dir. der Irren-Pflegeanstalt zu Bunzlau (Schlesien).
- - Kelp, Ober Med.-Rath, Dir. d. Irrenanstalt Wehnen b. Oldenburg.
- - Kiderle, Dir. d. Kreis-Irrenanst. zu Irsee (Bayern).
- - Kirn, Hülfsarzt der Heilanstalt Illenau (Baden).
- - Knoch, pract. Arzt in St. Petersburg.
- - Köhler, Asst.-Arzt. der Landesanst. zu Hubertusburg (Sachsen).
- - Köppe, Doc. a. d. Univ. u. Dir. der Irrenanst. zu Halle a. S.
- - Köstl, Prof. a. d. Univ. u. gew. Dir. d. Irrrenanst. zu Graz.
- - Koster, San.-Rath, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Marsberg (Westphalen).
- - v. Krafft-Ebing Prof. der Psychiatrie a. d. Universität Strassburg.
- - Krauss, Oberamtsarzt zu Tübingen.

Herr Dr. Landerer, Dir. d. Priv.-Irrenanst. in Göppingen (Württemberg).
- - Leidesdorf, Prof. an der Univ. u. Dir. d. Privatanst. zu Ober-Döbling bei Wien.
- - Lessing, Geh. Med.-Rath, Director der Heilanstalt Sonnenstein bei Pirna (Sachsen).
- - Leupoldt, Prof. an d. Univ. zu Erlangen.
- - van der Lith, Arzt an d. Irrenanstalt zu Utrecht.
- - Lorent, pract. Arzt zu Bremen.
- - G. Ludwig, Dir. an d. Irrenanst. zu Heppenheim (Hessen).
- - Maeder, Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanst zu Roda (Altenburg).
- - Martini, Geh. San.-Rath u. gew. Dir. der Irrenheilanst. Leubus (Schlesien).
- - Meschede, 2. Arzt d. Irrenanst. zu Schwetz (Westpreussen).
- - E. Meyer, San.-R. u. Dir. d. Irrenanst. Brake (Lippe-Detmold).
- - Fr. Meyer, San.-Rath und Dir. der Priv.-Irrenanstalt zu Eitorf (Rheinprov.).
- - O. Müller, Dir. d. Priv.-Heilanst. f. Nervenkr. zu Blankenburg am Harz.
- - W. Nasse, Geheimer Rath und Dir. d. Irrenheilanstalt Siegburg (Rheinprov.).
- - Neuhof, em. Dir. d. Landesanst. zu Colditz (Sachsen).
- - H. Neumann, Prof. an d. Univ. u. Dir. d. Privatanstalt Pöpelwitz bei Breslau.
- - F. Obernier, Professor an d. Univ. zu Bonn.
- - H. Obersteiner in Wien.
- - Oebecke, 2. Arzt der Pr. Anstalt in Endenich.
- - Pelman, Dir. d. Irrenanst. zu Stephansfeld (Elsass).
- - Ramaer, General-Inspector der Niederländischen Irren-Anstalten zu Grafenhaag.
- - Reich, Hülfsarzt in Illenau.
- - Reimer, Med.-R. u. Dir. d. Irrenanst. Sachsenberg b. Schwerin (Meklenburg).
- - Reissner, Dir. d. Landeshospitals in Hofheim (Hessen),
- - Reumont, Geh. Sanitätsrath in Aachen.
- - Rheiner in St. Gallen.
- - Richarz, Geh. San.-Rath u. Dir. d. Privatanst. in Endenich b. Bonn.
- - Rothe, Hofrath u. Dir. d. Irrenanst. zu Warschau.
- - Rüppel, San.-Rath u. Dir. d. Irrenanstalt zu Schleswig.
- - Sander (A.), pr. Arzt zu Elberfeld.
- - Santlus, Med.-Rath zu Wied-Selters.
- - v. Schaeffer, Ob.-Med.-Rath und Dir. der Irrenpflegeanstalt zu Zwiefalten (Württemberg).
- - Schlager, Prof. an d. Univ., Landesgerichtsarzt zu Wien, Dir. der n. österr. Landesirrensnstalt.
- - Scheltema, pr. Arzt in Arnheim.

Herr Dr. Schroeter, 2. Arzt des Asyles Schweizerhof bei Berlin.
- - Schüle, Hülfsarzt an d. Heil- und Pflegeanst. Illenau (Baden).
- - A. Schultz, Dir. einer Priv.-Irrenanst. zu St. Petersburg.
- - Schupmann, San.-Rath u. dir. Arzt d. Siechenanstalt zu Gesecke (Westphalen).
- - O. Schwartz, Reg.-Med.-Rath zu Cöln.
- - Schwartzer, Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Ofen.
- - G. Seifert, pract. Arzt zu Dresden.
- - H. Selmer, Dir. d. Irrenanst. zu Aarhuus (Dänemark).
- - Servaes, dir. Arzt d. Irrenpflegeanst. Lindenburg b. Cöln.
- - Snell, Geh. San.-Rath und Dir. der Irrenanstalt zu Hildesheim (Hannover)
- - Sonden, Reg.-Med.-Rath im San.-Colleg. zu Stockholm.
- - Sponholz, gew. Dir. d. Irrenanst. zu Neustadt-Eberswalde.
- - Stahl, Dir. d. Irrenanst. zu Karthaus Prühl b. Regensburg.
- - Stark, Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Kennenburg b. Esslingen.
- - Steinthal, Geh. Sanitätsrath in Berlin.
- - Stolz, Dir. d. Irrenanstalt zu Hall (Tyrol).
- - Tigges, 2. Arzt d. Irrenanst. zu Stephansfeld (Elsass).
- - Tribolet, fr. Dir. d. Irrenanst. Waldau b. Bern.
- - Ullersperger, Leibarzt u. pr. Arzt zu München.
- - Virchow, Prof. d. path. Anat. u. allg. Path. zu Berlin.
- - Vix, Reg.-Med.-Rath in Metz.
- - Voppel, Med.-Rath u. Dir. d. Landesanstalten zu Colditz (Sachsen).
- - Weigel, Med.-Rath, fr. Dir. der Landesanst. in Hubertusburg, in Dresden.
- - Wendt, Dir. d. Irrenanst. zu Allenberg (Ostpreussen).
- - Wiebecke, 2. Arzt d. Irrenanst. zu Hildesheim.
- - Wiedemeister, 2. Arzt d. Irrenanst. zu Osnabrück.
- - Wille, Dir. d. Irrenpflegeanstalt zu Rheinau bei Zürch.
- - Wolff, 2. Arzt an d. Irrenheilanst. Sachsenberg bei Schwerin (Meklenburg.)
- - v. Zeller, Ober-Med.-Rath u. Dir. der Heilanst. Winnenthal bei Winnenden (Württemberg).
- - Zenker, 2. Arzt d. Irrenanst. zu Königslutter (Braunschweig).
- - Zillner, Primärarzt an d. Irrenanstalt zu Salzburg.
- - Zinn, Dir. d. Irrenanstalt Neustadt-Eberswalde

3.

2.

1.



Alb. Schütze Lith. Inst. Berlin.

